



**USAID**  
FROM THE AMERICAN PEOPLE

# AVALIAÇÃO DE MEIO-TERMO DAS ACTIVIDADES A NÍVEL PROVINCIAL / DISTRITAL / COMUNITÁRIO DO OBJECTIVO ESTRATÉGICO 8 DA USAID/MOÇAMBIQUE

**NOVEMBRO DE 2006**

Esta publicação foi produzida para revisão da Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional. Foi preparada por Fernanda Kaplan, MD, MBA e Lia Kropsch, Especialista em Saúde Pública do Projecto o GH Tech.

# AVALIAÇÃO DE MEIO-TERMO DA USAID / MOÇAMBIQUE DAS ACTIVIDADES A NÍVEL PROVINCIAL / DISTRITAL / COMUNITÁRIO DO OBJECTIVO ESTRATÉGICO 8 (SO8)

## **RENÚNCIA DE RESPONSABILIDADES**

Os pontos de vista do autor manifestados na presente publicação não reflectem necessariamente os da Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional, nem do Governo dos Estados Unidos.

O presente documento (Relatório No. 06-000-01) está disponível em versão impressa ou on-line. Os documentos on-line podem ser encontrados na biblioteca do website da GH Tech em [www.ghtechproject.com/library/](http://www.ghtechproject.com/library/). Os documentos são também disponibilizados através da Development Experience Clearing House (<http://dec.usaid.gov>). Existe informação adicional em

The Global Health Technical Assistance Project  
1250 Eye St., NW, Suite 1100  
Washington, DC 20005  
Tel: (202) 521-1900  
Fax: (202) 521-1901  
[info@ghtechproject.com](mailto:info@ghtechproject.com)

Este documento, relatório número 06-000-01 da GH Tech, foi submetido pelo QED Group, LLC, com a CAMRIS International and Social & Scientific Systems, Inc., à Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional ao abrigo do contrato da USAID no. GHS-I-00-05-00005-00.

## AGRADECIMENTOS

A equipa de avaliação agradece às pessoas e organizações que, de uma forma directa e indirecta, contribuíram para a realização desta missão. Entre elas, endereçamos os nossos agradecimentos muito especiais.

- ao Chefe da Equipa do SO8 da USAID, Dr. Abuchahama Saifodine, e aos outros membros da equipa, que foram particularmente úteis na discussão desta tarefa, na organização de visitas e de reuniões e participando na avaliação dos projectos;
- aos funcionários do Ministério da Saúde, em particular ao Dr. Martinho Djedje, à Dra. Lilia Jamisse, à Dra. Gertrudes Machatine e ao Dr. Elias Mangujo, que dedicaram algum tempo para se reunirem com a equipa de avaliação apesar das suas agendas sobrecarregadas;
- ao Gregório Dhima e Fátima Aly, à coordenação do SWAp, à Cooperação Suíça; ao Douglas Hamilton e Eric Von Pistohlkors, equipa da saúde da União Europeia; e ao Dr. Humberto Cossa e Armindo Rios, do Banco Mundial, que deram o seu contributo aos mecanismos da SWAp da saúde e ao processo de descentralização em Moçambique;
- ao pessoal das agências dos Estados Unidos, que facultou informação sobre a situação da saúde da população moçambicana;
- aos directores e pessoal dos quatro projectos, cujo tempo e colaboração na recolha e compilação dos relatórios, dados e informação tornaram esta missão possível.

## ABREVIATURAS

AIDI	Atenção Integrada às Doenças da Infância
ACS	Agente Comunitário de Saúde
ADS	Autoridade Distrital de Saúde
APS	Autoridade Provincial de Saúde
AC	Acordo de Cooperação
CCS	Conselho Comunitário de Saúde
CLCs	Conselho dos Líderes Comunitários
CLCSs	Conselho dos Líderes Comunitários para a Saúde
COACH	Community Access to Health Services (Acesso Comunitário aos Serviços de Saúde)
COPE	Client-Oriented, Provider-Efficient Services (serviços orientados para o cliente, eficientes por parte do provedor)
DDS	Direcção Distrital de Saúde
DPS	Direcção Provincial de Saúde
GH Tech	Projecto de Assistência Técnica da Global Health
HIV	Vírus de Imuno Deficiência Humana
HSDS	Health Services Delivery and Support Project (Projecto de Apoio e de Prestação de Serviços de Saúde)
IEC	Informação, Educação e Comunicação
ITN	Redes Tratadas com Insecticida
ITS	Infecção de Transmissão Sexual
KAP	Conhecimentos, Atitudes e Práticas
MdE	Memorando de Entendimento
MISAU	Ministério da Saúde, Moçambique
ONG	Organização não Governamental
NU	Nações Unidas
OVP	Organização Voluntária Privada
PF	Planeamento Familiar
PLA	Participatory Learning and Action (Aprendizagem e Acção Participativa)
PTs	Parteiras Tradicionais
SC	Sobrevivência da Criança
SI/SR	Saúde Infantil e Saúde Reprodutiva
SIDA	Síndrome de Imuno Deficiência Adquirida
SIS	Sistema de Informação da Saúde
SMI	Saúde Materno-infantil
SO	Objectivo Estratégico
SOW	Âmbito do Trabalho

SR	Saúde Reprodutiva
SUFORS	Supervisores/Formadores
SWAp	Abordagem Sectorial Ampla
USAID	Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional
VM	Visão Mundial

# ÍNDICE

AGRADECIMENTOS.....	IV
ABREVIATURAS .....	V
SUMÁRIO EXECUTIVO.....	1
ANTECEDENTES .....	1
PRINCIPAIS RESULTADOS DA AVALIAÇÃO .....	2
CONCLUSÕES .....	2
Lições Aprendidas .....	2
Principais Recomendações .....	3
I. INTRODUÇÃO .....	4
OBJECTIVO.....	4
ANTECEDENTES .....	4
Acordos de Cooperação .....	6
VISÃO GERAL DA MISSÃO: ABORDAGEM METODOLÓGICA.....	7
II. CONSTATAÇÕES .....	8
SUMÁRIO TÉCNICO .....	8
Resultados.....	8
Enfoque .....	9
Programa e Gestão .....	10
PROJECTO OKUMI, NAMPULA.....	12
Aspectos Técnicos.....	12
Programa e Gestão .....	15
PROJECTO LISSIMA.....	15
Aspectos Técnicos.....	15
Programa e Gestão .....	17
PROJECTO COACH.....	18
Aspectos Técnicos.....	18
Programa e Gestão .....	21
PROJECTO MANHIÇA, PATHFINDERS .....	22
Aspectos Técnicos.....	22
Programa e Gestão .....	25
III. CONCLUSÕES .....	25
LIÇÕES APRENDIDAS.....	25
Desenho e Abordagem do Projecto.....	25
Monitoria e Avaliação do Projecto .....	26
Intervenções ao nível Nacional.....	26
Intervenções ao nível Comunitário .....	26
Liderança, Gestão, Estrutura e Cultura da Organização .....	26

RECOMENDAÇÕES .....	27
Projecto OKUMI.....	29
Projecto Lissima .....	29
Projecto COACH.....	30
Projecto Manhiça .....	30
IV. RECOMENDAÇÕES PARA O FUTURO .....	30
ANEXO C: PESSOAS CONTACTADAS .....	34
ANEXO D: DOCUMENTOS DO PROJECTO ANALISADOS.....	37

# SUMÁRIO EXECUTIVO

## ANTECEDENTES

A equipa de saúde (SO8) da Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional em Moçambique (USAID/Moçambique) solicitou ao Projecto de Assistência Técnica da Global Health (GH Tech) que efectuasse uma avaliação externa de meio-termo das suas actividades relacionadas com a saúde materna, infantil e reprodutiva. A avaliação deveria incluir—mas não se limitar—a avaliação da participação da USAID na melhoria da saúde dos moçambicanos, aspecto abordado nos acordos de cooperação (ACs) que a Agência assinou no primeiro trimestre de 2005 com quatro organizações voluntárias privadas (OVPs). Os ACs abarcam o trabalho das OVPs em quatro províncias moçambicanas, nomeadamente: Gaza (Projecto Lissima do Projecto Hope), Maputo (Projecto Manhiça da Pathfinder), Nampula (Projecto OKUMI da Save the Children) e Zambézia (Projecto COACH da Visão Mundial).

Dois consultores da GH Tech efectuaram esta avaliação de meio-termo de 6 de Outubro a 8 de Novembro de 2006. A USAID/Moçambique poderá utilizar os resultados desta avaliação para efectuar ajustamentos informados aos actuais acordos com as OVPs e, possivelmente, ajustar a maneira como o apoio a nível provincial e a nível comunitário é implementado.

A USAID/Moçambique apoia o governo moçambicano nos seus esforços visando melhorar a situação de saúde e os indicadores de saúde relacionados com a população do país no quadro de uma abordagem sectorial ampla de saúde (SWAp). No âmbito deste apoio, prevê-se a assistência ao Ministério da Saúde de Moçambique (MISAU) no fortalecimento e desenvolvimento de serviços de saúde infantil e de saúde reprodutiva (SI/SR) com ênfase nos clientes e na qualidade.

Uma premissa chave no desenho e implementação dos ACs é que “a qualidade é um elemento integrante de acesso aos serviços de saúde” e que “os clientes têm de entender o valor e procurar serviços de qualidade” é um aspecto importante a tomar em consideração.. Para além disso, ao implementar os ACs, as OVPs têm a tarefa de fortalecer o processo de descentralização do governo através da melhoria da capacidade de gestão das Direcções Provinciais de Saúde (DPSs) e das Direcções Distritais de Saúde (DDSs).

A avaliação aplicou uma metodologia qualitativa e múltiplas fontes de dados. Os avaliadores procederam à revisão de publicações seleccionadas e de documentos internos das OVPs, tendo-se também envolvido em entrevistas detalhadas e em discussões de grupo com intervenientes.

## PRINCIPAIS RESULTADOS DA AVALIAÇÃO

Os quatro projectos registaram atrasos de seis a nove meses na mobilização e arranque das suas actividades. Contudo, os quatro estão agora a obter resultados que aumentam o grau de utilização dos serviços de sobrevivência da criança (SC) e de saúde reprodutiva (SR), bem como a adopção de práticas de saúde fundamentais, embora em ritmos e graus variáveis e a níveis inferiores ao inicialmente previsto. Para obterem os resultados apresentados, as OVPs gastaram entre 30 por cento (Projecto Hope) e 51 por cento (Pathfinder) dos seus orçamentos.

Tal como a USAID pretendia, todos os projectos dedicaram-se mais às actividades a nível comunitário e ao desenvolvimento das comunidades do que às actividades a nível institucional. A melhoria da situação de saúde das comunidades parece ser do interesse da maior parte dos conselhos de líderes comunitários (CLCs) assim como das populações locais. Contudo, a aquisição de poder pelas comunidades visando a resolução dos seus problemas de saúde é um processo contínuo para a maioria dos projectos.

Nenhum dos projectos possui um sistema contabilístico de gestão baseado nas actividades, facto que aumenta a probabilidade de os custos das actividades serem subestimados.

Uma vez que o pessoal da maioria dos projectos que se encontra no terreno tem conhecimentos limitados de gestão, normalmente não se verifica a transferência de conhecimentos durante os contactos a nível das unidades sanitárias e das direcções distritais de saúde.

Os quatro projectos gozam de boas relações com as autoridades sanitárias locais, que os consideram como um bem que complementa a sua capacidade no âmbito dos planos de trabalho desenhados em conjunto. Contudo, trabalhar em parceria com as estruturas sanitárias oficiais a níveis distritais e provincial muitas vezes complica o cumprimento dos prazos, as obrigações de elaboração de relatórios e a realização das metas dos projectos.

## **CONCLUSÕES**

### **Lições Aprendidas**

As lições a seguir indicadas podem ser tiradas das constatações da avaliação de meio-termo:

- A colaboração entre os projectos, o MISAU, os CLCs e outros parceiros resultou numa abordagem holística da melhoria da SI e da SR nas províncias.
- Os projectos complementam os recursos e as infra-estruturas locais do governo; eles são cruciais para a implementação das intervenções a nível comunitário.
- É importante que o governo, as comunidades e os projectos planifiquem, implementem, monitorem e avaliem as actividades em conjunto como forma de garantir o êxito da implementação e a sustentabilidade das mudanças de comportamento pretendidas.
- Trabalhar através das estruturas formais da saúde aos níveis distrital e provincial e em conjunto com elas é uma abordagem louvável e apropriada, que promove e facilita o desenvolvimento sustentável das instituições e das comunidades e reforça os esforços do governo visando melhorar e fortalecer as estruturas, processos e procedimentos oficiais. Contudo, o elevado grau de interacção com os funcionários da saúde exige que o pessoal dos projectos tenha habilidades de comunicação interpessoal apropriadas e culturalmente sensíveis.
- O Governo de Moçambique reconhece o valor das organizações não governamentais (ONGs) na implementação destes projectos.
- A transferência significativa de habilidades para as instituições locais só teve lugar quando o pessoal do projecto estava bem preparado e devidamente formado.
- A realização das metas do projecto é problemática, uma vez que o seu desenho e

abordagem incluíam apenas comunidades seleccionadas (nem todas as comunidades da zona alvo) e as intervenções são limitadas em termos de tempo e de âmbito.

- Os serviços devem ser disponibilizados e fisicamente acessíveis para que a sua utilização aumente a curto prazo.
- É difícil avaliar o custo-eficácia dos projectos, uma vez que não existe nenhum cálculo de custos baseado nas actividades e a maior parte dos custos de implementação diz respeito a actividades não reportadas. Para além disso, muitos dados disponíveis sobre os resultados estão fora do controlo do projecto, e muitas vezes não são fiáveis. Por último, as principais diferenças em termos de gestão e de estrutura tornam impossível inferir se o desempenho e os resultados estão relacionados com a dimensão da população alvo de cada projecto. Com esta excepção, a presente avaliação não chegou a nenhuma conclusão sobre o custo-eficácia que poderia ser atribuído directamente a este factor.

### **Principais Recomendações**

*A nível institucional*, a prestação de serviços deve ser fortalecida através do arranque de actividades que garantam a qualidade, incluindo a supervisão de apoio e a disponibilidade constante de medicamentos essenciais, contraceptivos e vacinas, assim como a disponibilidade de materiais de informação, educação e comunicação (IEC). É necessário introduzir melhorias em algumas unidades sanitárias, nomeadamente nos seus edifícios e no abastecimento de água e energia. Para atingirem os objectivos estratégicos (SOs) da USAID, os projectos devem disponibilizar serviços às populações das zonas remotas através do aumento do seu apoio às actividades de cobertura da saúde. Simultaneamente, os projectos devem prestar assistência técnica e aumentar a transferência de habilidades aos níveis provincial, distrital e das unidades sanitárias para a planificação estratégica e a gestão e utilização dos dados, em conformidade com as necessidades constatadas e a planificação conjunta.

*A nível comunitário*, a utilização dos serviços de saúde deve ser fortemente promovida e facilitada, devendo ser activamente estabelecidas ligações entre a comunidade e a unidade sanitária. Deve ser procurada a aquisição de poder pelas comunidades, mas é um processo que deve obedecer às etapas e calendários necessários. Para além disso, os projectos devem encorajar e facilitar a realização de actividades geradoras de rendimentos nas comunidades e também realizar actividades sinérgicas multissetoriais.

*No futuro*, recomenda-se que a USAID evite criar uma quebra de implementação ou de prestação de serviços nas actividades dos projectos que originaria uma interrupção no progresso em direcção à sustentabilidade. A abordagem do desenvolvimento sustentável deve ser abrangente de modo a incluir actividades sinérgicas multissetoriais e projectos que promovam o crescimento económico das comunidades. Os princípios da presente abordagem são de louvar, mas a implementação dos projectos no terreno carece de ajustamentos para que se evitem grandes atrasos na fase de arranque e o aumento do custo-eficácia. Nesta ordem de ideias, recomenda-se que os projectos e o MISAU e as suas estruturas locais cheguem a um acordo sobre o desenho do projecto. As principais actividades devem ser incluídas no plano de trabalho. Recomenda-se que as ONGs tenham uma certa margem para a abordagem das intervenções e que procurem atingir as metas com alguma criatividade.

# I. INTRODUÇÃO

## OBJECTIVO

A equipa de saúde (SO8) da Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional em Moçambique (USAID/Moçambique) solicitou ao GH Tech que efectuasse uma avaliação externa de meio-termo das suas actividades a nível provincial, distrital e comunitário, a qual deve incluir, (mas não se deve limitar) a avaliação da participação da USAID na melhoria da saúde dos moçambicanos através do trabalho de quatro OVPs nas províncias de Gaza, Maputo, Nampula e Zambézia, conforme detalhado nos acordos de cooperação (ACs) da USAID, assinados no primeiro trimestre de 2005.

Os objectivos da avaliação foram definidos como sendo os seguintes:

1. avaliar o desempenho dos quatro OVPs e dos seus sub-beneficiários nas seguintes áreas:
  - a. *prestação de serviços de saúde materno-infantil de qualidade* em função dos objectivos estabelecidos nos acordos de cooperação
  - b. *transferência de habilidades e fortalecimento das capacidades* das direcções provinciais de saúde na prestação de serviços de saúde materno-infantil de qualidade
2. avaliar este modelo de apoio da USAID às direcções provinciais de saúde à luz do contexto actual e o previsto para os próximos cinco anos, e ainda em relação a outros modelos de apoio dos doadores para a saúde local e da comunidade em Moçambique e outros países com condições semelhantes.
3. apresentar recomendações para a prorrogação e/ou revisão dos ACs, assim como recomendações de mecanismos de implementação alternativos, caso seja aplicável.

## ANTECEDENTES

Embora as taxas de mortalidade infantil, da criança e materna de Moçambique tenham vindo a baixar nos últimos anos, elas situam-se ainda entre as mais altas de África e do mundo. O SO8 da USAID pretende contribuir para a redução destas elevadas taxas de mortalidade. Embora o Governo de Moçambique esteja empenhado na criação de um sistema de saúde equitativo que esteja ao alcance de todos e que seja sustentável, a infraestrutura da saúde, a prestação de serviços e as redes não estão suficientemente desenvolvidas para satisfazerem as necessidades em termos de saúde de uma população altamente dispersa, resultando em cuidados de saúde de fraca qualidade.

Mais de 41 por cento das crianças menores de 5 anos foram observadas com malnutrição crónica, 4 por cento com malnutrição aguda; 23,7 por cento apresentaram baixo peso por idade e apenas 65 por cento das crianças dos 12 aos 23 meses tomaram toda as vacinas. A malária constitui a primeira causa da mortalidade em Moçambique; ela é responsável por cerca de 15 por cento do peso total da doença no país e por 39 por cento dos óbitos entre bebés e crianças de tenra idade. Comparativamente com outros países africanos, as taxas de mortalidade infantil e de menores de 5 anos em Moçambique são elevadas, situando-se em 124 e 178 óbitos por 1.000 vivos, respectivamente. Das quatro províncias

que foram alvo das actividades da USAID, Nampula apresenta as taxas mais elevadas de óbitos infantis e de crianças.

A utilização dos serviços pré-natais em Moçambique é relativamente elevada (84,6 por cento, de acordo com os dados de 2003), embora menos de metade dos partos tenham sido assistidos por um técnico de saúde qualificado. A falta de acesso às parteiras tradicionais qualificadas, bem como a inadequação do encaminhamento e da evacuação para cuidados obstétricos mais qualificados são geralmente considerados como alguns dos factores mais importantes que contribuem para a elevada taxa de mortalidade materna do país, situada nos 408 óbitos por 100.000 partos.

Dois aspectos do actual contexto do apoio da USAID/Moçambique ao sector da saúde merecem ser mencionados. Em primeiro lugar, o Governo dos Estados Unidos, como principal doador signatário da Declaração de Paris sobre a Harmonização da Ajuda em 2005, situa-se entre um grupo maior de doadores cujos fundos são disponibilizados com objectivos sinérgicos. Em segundo lugar, tanto o governo moçambicano como os doadores adoptaram recentemente uma abordagem sectorial ampla (SWAp) à saúde para efeitos e mecanismos de financiamento. A USAID é membro da SWAp mas, ao invés de contribuir financeiramente para o fundo comum, a agência presta apoio ao MISAU visando contribuir para o fortalecimento e o desenvolvimento de prestação de serviços centrados nos clientes e de qualidade a nível das unidades sanitárias na área da saúde materno-infantil e da saúde reprodutiva (SMI/SR).

Este novo ambiente em Moçambique ditou a necessidade de a USAID adaptar a sua programação na área da saúde, focalizar mais no desejo de uma maior auto-suficiência a nível nacional e estar atenta ao debate crescente sobre o papel apropriado da assistência técnica externa e das ONGs ao sector da saúde. Existe agora uma maior preocupação sobre como é que os doadores irão alinhar a sua planificação e também em relação à monitoria e avaliação da utilização de fundos externos e, em última instância, o seu impacto na saúde e na vida das populações.

Para contribuir para a redução das elevadas taxas de mortalidade em Moçambique, uma premissa chave do desenho e da implementação dos ACs foi que “a qualidade é um elemento integrante do acesso aos serviços de saúde” (vide o Anexo A). Consequentemente, “os serviços de saúde devem atingir um padrão mínimo de qualidade para que possam ser considerados disponíveis”. Simultaneamente, “os clientes devem entender o valor e procurar serviços de qualidade.”

A USAID é de opinião que, ao garantir a logística e serviços eficientes, sistemas de encaminhamento adequados e uma supervisão eficaz, os seus projectos “estimulariam as comunidades a procurarem e a utilizarem, com sucesso, os serviços de saúde e a informação sobre a saúde e, posteriormente, terem um melhor estado de saúde.”

Para além disso, ao mesmo tempo que implementavam e procuravam atingir os seus objectivos contratuais específicos, as OVPs têm procurado realizar um objectivo adicional—indirecto, mas não menos importante: o fortalecimento do processo de descentralização do governo através da melhoria da capacidade de gestão dos directores provinciais e distritais de saúde, bem como o pessoal das suas direcções.

## Acordos de Cooperação

Como forma de apoiar o Governo de Moçambique, a USAID assinou quatro ACs no primeiro trimestre de 2005 visando a implementação dos projectos, os quais se encontram resumidos na tabela 1.

Tabela 1. Os quatro projectos incluídos na avaliação de meio termo				
Organização / Projecto	PATHFINDER Projecto Manhiça	PROJECTO HOPE Projecto Lissima	SAVE THE CHILDREN Projecto OKUMI	VISÃO MUNDIAL Projecto COACH
Província	Maputo	Gaza	Nampula	Zambézia
Vida do Projecto	1 de Fevereiro de 2005 a 31 de Janeiro de 2008	1 de Abril de 2005 a 31 Março de 2008	7 de Fevereiro de 2005 a 31 de Janeiro de 2008	1 de Fevereiro de 2005, a 31 de Janeiro de 2008
Total US\$ <sup>1</sup>	1.499.945	2.099.958	5.700.000	5.699.999
População Alvo <sup>2</sup>	141.171	910.890	3.100.000	3.328.452

Os projectos foram propostos à USAID/Moçambique em resposta ao seu programa anual, apresentado em Agosto de 2004. Uma condição para que a Agência aceitasse as propostas de projectos foi a sua contribuição para a realização do seguinte Objectivo Estratégico (SO):

### Maior Utilização dos Serviços de SC e SR nas Zonas Alvo

1. avaliados através dos seguintes indicadores:
  - a. percentagem de crianças que recebem a suplementação de vitamina A
  - b. percentagem de crianças que tiveram vacinação completa
  - c. percentagem de mulheres que usam métodos anticonceptivos modernos
  - d. percentagem de famílias nos distritos piloto que usam redes tratadas com insecticida (ITNs)
  - e. percentagem de partos assistidos
2. obtidos através dos seguintes resultados programáticos:
  - a. maior acesso aos serviços de SI/SR de qualidade através do
    - i. fortalecimento dos serviços de saúde primários a nível das unidades sanitárias
    - ii. introdução e expansão de serviços de saúde da comunidade
  - b. maior procura, pelas comunidades, de serviços de SI/SR de qualidade através da
    - i. melhor conhecimento e atitudes de saúde das pessoas

<sup>1</sup> Este é o valor total em dólares; não inclui fundos de participação.

<sup>2</sup> Os dados sobre a população foram fornecidos pelos directores dos projectos.

- ii. melhor conhecimento das comunidades em relação aos serviços existentes

Para além do acima mencionado, foi colocada ênfase particular nos projectos que trabalham e apoiam as estruturas sanitárias moçambicanas a nível provincial e distrital e no quadro das orientações do MISAU—seus processos, procedimentos e estratégia para a participação das comunidades.

Os quatro ACs avaliados por esta avaliação de meio termo foram celebrados com a Pathfinder, o Projecto Hope, a Save the Children e a Visão Mundial.

## **VISÃO GERAL DA MISSÃO: ABORDAGEM METODOLÓGICA**

A metodologia empregue responde ao objectivo da USAID/Moçambique de utilizar a avaliação de meio termo na revisão do desempenho de cada projecto em função das suas metas contratuais e também efectuar ajustamentos informados ao financiamento concedido às OVPs ou ajustar a implementação do programa de apoio aos níveis provincial, distrital e comunitário.

A avaliação de campo recorreu a múltiplas fontes de dados para conseguir um entendimento abrangente e profundo dos fenómenos complexos, diversificados e múltiplos envolvidos na implementação destes projectos, para reduzir os erros implícitos de qualquer método de avaliação escolhido, assim como os que possam surgir dos pressupostos básicos e das experiências anteriores dos próprios investigadores; para interpretar os resultados de uma forma correcta; e para chegar às conclusões correctas e fazer inferências exactas.

As fontes de dados e de informação incluíram os websites das OVPs, documentos internos, os ACs, os relatórios anuais e trimestrais, extractos financeiros e outros relatórios, bases de dados e registos, observação das interacções dos participantes, entrevistas detalhadas, discussões em grupo e um questionário (vide os Anexos B e C). Posteriormente, os resultados e as principais conclusões foram discutidos com directores seleccionados de cada OVP e seus parceiros e intervenientes, com a equipa do SO8 da USAID e, por último, com funcionários do MISAU. Por fim, os resultados, as conclusões e as lições tiradas do estudo de caso foram reportados e foram elaboradas recomendações.

A abordagem incluiu os seguintes aspectos:

- **Revisão da literatura relevante.** Muitas publicações foram consultadas e analisadas para se obter um entendimento abrangente e holístico da situação económica, legal, social e de saúde em Moçambique, bem como o ambiente em que a USAID e as OVPs operam. O Anexo D contém uma lista anotada dos documentos analisados.
- **Desenho e preparação da avaliação de campo.** Foi elaborada uma agenda e um protocolo e foram igualmente preparados instrumentos em Maputo antes da partida da equipa de avaliação para as províncias.
- **Avaliação no terreno.** A equipa de avaliação passou cerca de quatro dias a visitar cada projecto e três a quatro dias adicionais a fazer a revisão dos documentos do projecto e a realizar reuniões com os directores. Foram visitados quatro distritos de Nampula e da Zambézia e foram visitados dois distritos em Gaza, assim como o

único distrito do projecto em Maputo. Em cada província, foram entrevistados os directores provinciais de saúde ou os médicos chefe, assim como os directores distritais e a enfermeira chefe da SMI ao nível do distrito. Em cada distrito visitado, foram avaliadas de forma resumida várias unidades sanitárias e foram entrevistados vários técnicos de saúde. Foram igualmente visitadas algumas comunidades em cada distrito, tendo sido realizadas discussões com diferentes grupos comunitários, líderes comunitários e voluntários. Foi entrevistada a maior parte dos supervisores, directores de nível médio e directores sénior de cada projecto tendo sido solicitado que respondessem a um questionário.

- ***Entrevistas com informadores chave.*** Para além das entrevistas directa ou indirectamente ligadas ao projecto e à sua implementação, a equipa de avaliação entrevistou funcionários do MISAU e de organizações parceiras, tais como ONGs, o Banco Mundial, a União Europeia, a equipa de coordenação da SWAp e as agências das Nações Unidas. Estas entrevistas permitiram à equipa de avaliação definir parâmetros para uma melhor abordagem da implementação dos projectos da área da saúde em Moçambique.
- ***Análise, interpretação e discussão dos resultados.*** Foi efectuada uma análise preliminar dos resultados imediatamente após a conclusão das visitas de campo. Foram então solicitados dados adicionais a todos os projectos para confirmar os resultados, tendo se seguido reuniões adicionais com o pessoal de gestão do projecto com vista a discutir os resultados e a apurar a fiabilidade dos dados. Seguiram-se discussões internas que comparam a qualidade dos dados, a informação e os resultados entre os diferentes projectos.
- ***Elaboração do relatório, incluindo as conclusões e as recomendações.*** A etapa final foi concluída depois de a equipa de avaliação ter deixado o país.

## II. CONSTATAÇÕES

### SUMÁRIO TÉCNICO

#### Resultados

Depois de atrasos de seis a nove meses verificados na mobilização e arranque, os quatro projectos estão agora a obter resultados no aumento da utilização dos serviços de SI e SR e na adopção das principais práticas de saúde, embora em ritmos e graus diferentes e a um nível inferior ao inicialmente previsto. Por causa dos atrasos verificados, nenhum dos projectos atingiu as metas estabelecidas para o primeiro ano. Desde o arranque, todos os projectos aumentaram o seu ritmo de desempenho, embora apenas dois deles (o Projecto COACH da Visão Mundial e o Projecto Manhiça da Pathfinder) tenham atingido a maior parte das metas de meio termo ou estejam próximas de o conseguir. Para a Visão Mundial, este nível de sucesso está relacionado com o período de tempo que esta ONG tem estado a trabalhar na província (mais de 10 anos antes do actual projecto), as relações por si estabelecidas com as direcções provincial e distrital e a estrutura de gestão eficiente e devidamente descentralizada. O Projecto Manhiça da Pathfinder tem uma grande proporção de técnicos qualificados (quatro) por população alva e o âmbito geográfico de um distrito, criando assim condições adequadas se elaborar e implementar um modelo inovador de desenvolvimento sustentável e de integração com o sistema de saúde que é

considerado promissor e que merece um acompanhamento meticoloso dos potenciais resultados de valor acrescentado.

Para atingirem os resultados apresentados, as OVPs gastaram entre 30 por cento (Lissima) e 51 por cento (Manhiça) dos orçamentos dos seus projectos.

## **Enfoque**

Todos os projectos centraram-se mais em actividades a nível comunitário e no desenvolvimento das comunidades do que nas actividades ao nível institucional, e os resultados reflectem este enfoque. Todas as comunidades visitadas pela equipa de avaliação estavam bem inteiradas do projecto relevante. À chegada da equipa, as comunidades cantaram canções com várias mensagens ligadas à saúde e algumas representaram peças teatrais com tópicos relacionados com a saúde. Em muitas comunidades podiam ver-se cartazes com mensagens sobre a saúde. A maior parte dos conselhos dos líderes comunitários (CLCs) pareciam interessados em participar nos projectos que contribuem para melhorar a saúde das suas populações.

Nas comunidades visitadas, a maior parte dos técnicos de saúde da comunidade (ACS)—voluntários formados pelo projecto— estava activamente envolvida nos resultados do seu trabalho, embora muitos se referissem ao tempo limitado que tinham ao seu dispor para realizar actividades informais e educativas e às dificuldades enfrentadas no preenchimento dos formulários necessários para a transferência dos doentes para as unidades sanitárias. Não obstante, os elementos entrevistados manifestaram o seu contentamento com a presença do projecto e com o melhoramento das condições de saúde que constatarem depois do início das suas actividades.

As intervenções foram semelhantes nos quatro projectos. Ao nível institucional, estas incluíram: a planificação conjunta com as direcções provinciais de saúde (DPSs) e as direcções distritais de saúde (DDSs):

- a formação de técnicos de saúde do MISAU
- o acompanhamento dos formandos
- o apoio às campanhas de vacinação
- o apoio às brigadas móveis
- a aquisição e a distribuição de equipamento essencial às instituições e/ou unidades sanitárias.

As actividades ao nível institucional são essencialmente levadas a cabo por pessoal do MISAU, que conta com o apoio logístico e financeiro dos projectos. Reconhecidamente, os resultados conseguidos pela maior parte dos projectos na melhoria dos cuidados de qualidade têm sido fracos. Contudo, em grande medida, estes dependem das estruturas do MISAU e estão fora do controlo do projecto. Os resultados dependem não só das estratégias, directivas e protocolos centrais relacionados com metodologias e instrumentos de garantia da qualidade, mas também dos recursos técnicos e humanos ao nível provincial para a realização de cursos de reciclagem e para a supervisão da formação.

As quatro OVPs encontram-se a trabalhar a nível central através das acções intermediárias do Projecto Forte Saúde, financiado pela USAID, visando desenvolver as

ferramentas, as directivas e a metodologia necessárias para a garantia da qualidade. Entretanto, o Projecto Manhiça (Pathfinder), que é o único projecto com actividades significativas a este nível e cuja direcção inclui antigo pessoal do MISAU ao nível central, adaptou as ferramentas existentes e desenvolveu a sua própria abordagem à garantia da qualidade.

Ao nível das comunidades, as intervenções incluíram

- o fornecimento de bicicletas e/ou de bicicletas ambulâncias (três projectos)
- a formação e mobilização e a organização das comunidades
- a implementação das actividades de IEC
- a melhoria do sistema de referência
- a promoção das actividades de geração de rendimentos (dois projectos).

Embora três das quatro OVPs tenham implementado os seus projectos mais ou menos simultaneamente nas zonas geográficas alvo, o Projecto Manhiça da Pathfinder concentrou as suas actividades numa zona seleccionada e também dentro de um quadro de desenvolvimento comunitário sustentável e de um módulo de integração do sistema de saúde que utiliza uma metodologia cuidadosa e meticolosamente definida.

## **Programa e Gestão**

### **Gestão dos Projectos incluindo o Controlo e a Elaboração de Relatórios**

Todos os projectos tiveram as suas propostas de plano de trabalho inicial revistas e adaptadas de modo a responderem às necessidades e prioridades das províncias. Os "novos" planos de trabalho dos projectos foram revistos anualmente, em conjunto com as autoridades da saúde e são também revistos e ajustados numa base trimestral. Todos os projectos realizam reuniões mensais com as equipas distritais de saúde para procederem à revisão das actividades e das realizações do mês anterior e para planificarem actividades para o mês seguinte.

Para todos os projectos, a implementação das actividades e o estabelecimento de ligações adequadas entre as comunidades e as unidades sanitárias foram limitados pelas distâncias existentes entre as comunidades, o mau estado das estradas e a escassez geral de telecomunicações.

Uma vez que todos os projectos têm duas componentes principais—um primeiro enfoque nas actividades comunitárias e um segundo enfoque no fortalecimento das capacidades das instituições de saúde do governo visando a melhoria da prestação de serviços—os sistemas de monitoria dos projectos controlam dois conjuntos de indicadores. Um conjunto diz respeito às actividades a nível comunitário, enquanto que o outro centra-se nos serviços prestados pelas unidades sanitárias. Os dados ao nível das comunidades são da responsabilidade exclusiva das OVPs, as quais desempenham um papel activo na melhoria da qualidade dos dados das direcções distritais de saúde.

A competência técnica limitada nas áreas de planificação estratégica e de gestão de dados do pessoal no terreno no projecto OKUMI e Lissima faz com que seja rara a transferência de habilidades durante os contactos nas unidades sanitárias e nas direcções distritais. Só

quando estes contactos envolvem pessoal experiente e qualificado do projecto é que ocorre uma transferência de habilidades adequada.

É importante assinalar que algumas informações de base utilizadas para aferir as actuais realizações foram retiradas dos estudos sobre Conhecimentos, Práticas, Cobertura (KAP), realizados cerca de um ano e meio antes do arranque dos projectos e imediatamente após as intervenções de mudança do comportamento e outra informação de base foram recolhidas das campanhas de vacinação e de suplementação da vitamina A. É igualmente importante notar que os projectos estão a reportar indicadores do processo em função desta informação de base, mas utilizando dados obtidos dos provedores de serviços. Isto constitui um problema, uma vez que a percentagem de realização não é comparável.

As OVPs têm três fontes de dados principais:

1. dados recolhidos dos estudos KAP no início dos projectos<sup>3</sup>
2. dados de monitoria das actividades comunitárias das OVP
3. dados de monitoria do sistema de informação de saúde

Actualmente, a informação sobre as tendências só pode ser recolhida empregando as últimas duas fontes citadas. Os dados dos estudos KAP ainda não podem ser comparados porque os dados finais só estarão disponíveis em meados de 2008.

O recente envolvimento nos processos e procedimentos de monitoria e avaliação dos projectos em Moçambique pelo novo Projecto Forte Saúde da USAID será uma realização relevante na escolha de indicadores e de dados apropriados e adequados para a informação de base e as metas.

### Relacionamento com as Estruturas Formais da Saúde

Os quatro projectos têm um bom relacionamento com as autoridades sanitárias locais, que os consideram como uma mais valia—com capacidade de resposta às suas necessidades e a complementarem as suas capacidades no quadro dos planos de trabalho elaborados em conjunto. Os projectos realizam as suas actividades obedecendo às directivas do MISAU no que diz respeito aos seus processos e procedimentos e à estratégia para a participação das comunidades. Em todos os projectos, os planos de trabalho e intervenções iniciais foram alterados e adaptados de modo a responderem às necessidades e prioridades percebidas das autoridades sanitárias a nível provincial.

Os projectos prestam um apoio adequado às autoridades provinciais de saúde (APSs) e às autoridades distritais de saúde (ADSs). Os projectos complementam os seus recursos financeiros, particularmente para as actividades de cobertura tais como as brigadas móveis que, na sua maioria, utilizam os carros e/ou a gasolina fornecidos pelos projectos. Os quatro projectos também complementam os esforços do MISAU no sentido de se conseguir um maior acesso das populações aos serviços de saúde através de esforços visando facultar-lhes informação e educação sobre questões ligadas à saúde, em particular a SMI. Este nível de intervenção é crucial porque o MISAU não dispõe dos recursos humanos necessários para a realização desta tarefa.

---

<sup>3</sup> Está previsto um outro KAP no fim de cada projecto para permitir a comparação com o KAP de base.

Todos os projectos mantêm um relacionamento muito bom com as autoridades provinciais e distritais de saúde. Contudo, e tal como se assinalou anteriormente, trabalhar em parceria com as estruturas oficiais da saúde aos níveis distrital e provincial pode causar dificuldades no cumprimento dos prazos, no cumprimento das obrigações em termos de elaboração dos relatórios e na realização das metas.

### Relacionamento e Interação / Sinergias com outras ONGs da Região

Embora se verifique uma necessidade geral de melhorar as interações entre as quatro OVPs e as outras ONGs que trabalham na região, existem exemplos notórios de boas relações de trabalho. Todos os projectos promoveram e distribuíram as redes tratadas com insecticida da PSI pelas populações alvo e a Visão Mundial também tem uma relação estreita de trabalho com a PSI com vista a aumentar o uso e a venda do purificador de água “Certeza”. Para além disso, a Visão Mundial tem projectos em curso na Zambézia—particularmente projectos relacionados com a educação da rapariga e da mulher—cujas actividades têm sinergias com o Projecto COACH, juntamente com outras actividades que influenciam os resultados do Projecto COACH de uma forma indirecta e positiva, nomeadamente os relacionados com a agricultura, com a criação de actividades de geração de receitas e com as construção e reparação de poços e de outras infra-estruturas.

## **PROJECTO OKUMI, NAMPULA**

### **Aspectos Técnicos**

O Projecto OKUMI está a ser implementado pelo beneficiário Save the Children EUA e sub-beneficiário Care International. O objectivo estabelecido para o fim do Projecto OKUMI é aumentar a utilização dos serviços de SI e de SR, bem como a adopção de práticas de saúde chave por parte dos cerca de 3,1 milhões de habitantes que se encontram espalhados pelos cerca de 60.000 quilómetros quadrados em 14 distritos alvo da província de Nampula.

Registou-se um atraso significativo (de cerca de 9 meses) no arranque das actividades do projecto devido essencialmente a sérias dificuldades em se chegar a acordo com as autoridades de saúde locais sobre o plano de trabalho proposto e sobre o enfoque do projecto. A situação foi piorada pelas dificuldades de comunicação interpessoal entre o gestor do projecto e as autoridades de saúde. Várias actividades não incluídas no plano de trabalho inicial, cujo objectivo era melhorar a qualidade dos cuidados, foram incluídas no novo plano de trabalho aprovado, incluindo a aquisição de equipamento, recrutamento de enfermeiros e formação de enfermeiros de nível básico. Estes elementos foram acrescentados ao plano de trabalho do Projecto OKUMI a pedido da Direcção Provincial de Saúde, com a aprovação da USAID. Nos últimos seis meses, e após a contratação de um novo gestor do projecto, o OKUMI registou um avanço considerável na realização das metas propostas.

As actividades seleccionadas e realizadas pelo Projecto OKUMI a nível institucional incluíram as seguintes:

- fornecimento de uma motorizada, de um computador e de equipamento de frio a cada um dos 14 distritos, assim como rádios para nove maternidades.
- Apoio financeiro para 18 meses, cursos de formação formal em enfermagem de saúde materno-infantil de nível básico para 30 candidatas, que serão distribuídas pelos

centros de saúde de Nampula—em particular as que se encontram em zonas mais remotas—quando concluírem a formação.

- Apoio financeiro e logístico para 324 formandos (86 por cento da meta estabelecida para o período) que estão a ter formação contínua em gestão integrada às doenças da infância, cuidados obstétricos de emergência e cuidados neo-natais, protocolos da malária, logística do planeamento familiar, pacote nutricional e manutenção da cadeia de frio.
- Recrutamento de cinco enfermeiras do SMI e sua integração no sistema oficial de serviços de saúde de Nampula.
- Apoio financeiro e logístico às DPSs/DDSs para as campanhas nacionais de vacinação contra o sarampo, de suplementação da vitamina A e dias da saúde, assim como o apoio às brigadas móveis através do fornecimento ocasional de vacinas, contraceptivos, vitamina A e outros medicamentos às unidades sanitárias remotas com o objectivo de evitar roturas de stocks. Embora se tenha prestado assistência à formação e ao recrutamento de enfermeiros, ainda não tiveram início as actividades de garantia da qualidade a nível das unidades sanitárias.

Existem questões particulares relativas às intervenções a nível institucional. Alguns membros das autoridades provinciais e distritais de saúde consideram as fracas habilidades de gestão do seu pessoal como factores chave que contribuem para a baixa qualidade da monitoria e avaliação dos dados e para a má manutenção do sistema de informação de saúde a nível provincial (SIS). Embora a formação dos técnicos de saúde inclua alguma noção de recolha e gestão de dados, estas habilidades ainda são muito eficientes a nível das unidades sanitárias e dos distritos. A análise e interpretação básicas dos resultados, assim como a sua utilização para a tomada de decisões, são praticamente inexistentes. Os dados de utilização dos serviços são comparados com os do ano passado, mas apenas para efeitos de elaboração de relatórios. Também os distritos têm dificuldades em reportar dados à província de forma adequada.

Embora os distritos tenham recebido computadores, muitos não têm funcionários preparados para agregarem e tratarem dos dados brutos. “Necessitamos de formação em gestão a todos os níveis”, afirmou um funcionário bem colocado no Departamento Provincial de Planificação e Coordenação. “Realmente nós não sabemos tratar correctamente os dados” afirmou um funcionário distrital. Não obstante, o projecto e as autoridades sanitárias provinciais são de opinião que as apresentações e os relatórios aos distritos nas reuniões centrais trimestrais têm vindo a melhorar gradualmente.

Pouca ou nenhuma acção imediata é realizada em relação às conclusões. A maior parte dos dados e da informação recebida a nível provincial não é suficientemente desagregada de modo a permitir uma tomada de decisões adequada com vista a melhorar as taxas de utilização dos serviços e a situação de saúde da população. Também por causa da grande rotação dos directores distritais e dos funcionários da província, torna-se difícil reter os conhecimentos adquiridos num escritório.

As actividades seleccionadas realizadas pelo Projecto OKUMI a nível comunitário incluíram as seguintes:

- Formação de 42 quadros do OKUMI—na sua maioria provenientes de Nampula—em técnicas de mobilização comunitária e tópicos relacionados com a saúde.
- Identificação de 373 comunidades—73 por cento da meta de 432 estabelecida para 2006—e mobilização de líderes comunitários, seguida da organização de CLCs.
- Identificação de 632 voluntários na comunidade e formação de 287 em AIDI (85 por cento da meta de meio termo); 189 foram formados em distribuição da vitamina A e 319 em saúde reprodutiva e planeamento familiar (95 por cento da meta de meio termo).
- Formação de 26 parteiras tradicionais em encaminhamento precoce e reconhecimento de sinais de alerta/transferência precoce.
- Disponibilização de materiais e manuais de IEC a 632 técnicos de saúde da comunidade formados em promoção de serviços de SI/SR.
- Melhoria dos sistemas de encaminhamento da comunidade para as unidades sanitárias através da distribuição de 120 bicicletas ambulâncias às comunidades e da implementação do uso de formulários do MISAU para o processo de encaminhamento. As comunidades implementaram um mecanismo de fundos de caixa para pequenas despesas destinado à manutenção das bicicletas e das bicicletas ambulâncias. O número de encaminhamentos para as unidades sanitárias pelos ACSs e CLCs utilizando os formulários apropriados tem vindo a aumentar e, a meio termo, chegava a 13.409 crianças e 6.512 mulheres grávidas.
- Os agentes comunitários de saúde distribuíram 64.935 ciclos de contraceptivos orais, 88.343 preservativos e 17.704 comprimidos de vitamina A, tendo vendido 17.900 ITNs. (As ITNs são adquiridas directamente da PSI pelo Projecto OKUMI e vendidas nas comunidades por voluntários a um preço de cerca de US\$1,20).

Na maior parte das comunidades visitadas, as mães informaram à equipa que recorreriam às unidades sanitárias para o parto se elas não fossem tão distantes. A maior parte das mães tinha conhecimento do planeamento familiar e algumas delas utilizavam um método moderno. “A injeção” parece o método preferido. A bicicleta ambulância era vista como um grande sucesso: “no outro dia, esta mulher foi para o hospital de bicicleta. O trabalho de parto parou e só Deus sabe o que poderia ter acontecido...”

As comunidades mostraram-se também satisfeitas com a disponibilidade de redes mosquiteiras a 30,00 MT e as pessoas indicaram que ficariam gratas se o projecto OKUMI disponibilizasse mais pelo mesmo preço: “não temos dinheiro para comprar as redes que estão na loja—mas elas são muito boas para nós porque afastam os mosquitos que não nos deixam dormir!”

Devido ao atraso registado no arranque do projecto, as principais actividades ao nível comunitário tinham começado a menos de 10 meses e a maior parte dos voluntários foi formada nos últimos dois trimestres. Por isso—e como prova dos avanços registados na mudança do comportamento—a equipa de avaliação investigou as percepções dos técnicos de saúde e dos membros da comunidade. A maior parte dos técnicos de saúde entrevistados não constata nenhuma diferença nos conhecimentos sobre a saúde por parte das pessoas que se deslocam à unidade sanitária. No geral, não havia a percepção de uma melhor ligação entre o técnico de saúde e os membros da comunidade.

## **Programa e Gestão**

Embora a gestão do projecto tenha melhorado acentuadamente após a contratação de um novo gestor de programa, a falta de pessoal a nível de gestão e de supervisão, em particular nos distritos, teve um impacto negativo nos resultados mensuráveis do projecto e no seu papel na melhoria da capacidade de gestão das direcções distritais de saúde.

O projecto tem um quadro de pessoal muito limitado (dois mobilizadores comunitários e um supervisor por distrito) para cobrirem 14 distritos e comunidades espalhadas por 60.000 quilómetros quadrados. O projecto OKUMI conta apenas com quatro pessoas a nível de gestão em Nampula, incluindo o gestor do projecto, e não existem quadros de gestão de nível intermédio ou inferior nos distritos com a tarefa de controlar, supervisionar e coordenar as actividades no terreno. O número de quadros é absolutamente insuficiente para implementar o projecto de forma adequada, para participar activamente nas reuniões mensais com a DDS e supervisionar a recolha e o tratamento dos dados para os relatórios e destinados à direcção.

Para poder realizar as suas actividades, o projecto OKUMI gastou 49 por cento do seu orçamento inicial. As actividades realizadas, os resultados obtidos e dados comprovativos do progresso registados encontram-se devidamente documentados.

O pessoal do OKUMI não só tem muito boas relações com os funcionários da saúde a nível provincial e distrital, como também o projecto está a ser solicitado pela DPS para participar nas actividades de planificação estratégica do MISAU para os próximos três anos. As relações com a USAID são boas e o projecto esforça-se por dar seguimento às recomendações apresentadas no decurso das visitas da USAID.

## **PROJECTO LISSIMA**

### **Aspectos Técnicos**

O Projecto Lissima está a ser implementado pelo beneficiário Projecto HOPE e pelo sub-beneficiário Save the Children EUA.

As actividades do projecto concentram-se no apoio logístico e material às DPSs e DDSs, especificamente nas áreas de SI e SR. Embora tenha sido proposto apoio técnico no âmbito do AC, no geral, a sua implementação não chegou a acontecer.

O projecto Lissima utilizou 30 por cento do seu orçamento total. Em termos gerais, obteve resultados abaixo das metas estabelecidas em relação aos objectivos e às actividades planificadas. Embora tenham sido implementadas actividades a nível das comunidades, na generalidade, as actividades a nível institucional relacionadas com a capacitação e a garantia da qualidade produziram resultados limitados. Os dados comprovativos dos avanços registados não se encontram devidamente documentados e o projecto depende demasiado do sistema de monitoria e avaliação provincial.

O Projecto Lissima é considerado pelas autoridades de saúde locais como um bem valioso para a província, que complementa efectivamente os seus recursos, particularmente os financeiros, e os recursos necessários para elevar o nível de conhecimentos da população em relação às questões de saúde relevantes.

As actividades seleccionadas realizadas pelo Projecto Lissima a nível institucional incluíram as seguintes:

- Apoio financeiro e logístico à formação de técnicos de saúde distritais: foram

formadas 45 enfermeiras de SMI em AIDI/SR e em protocolos de tratamento da malária; foram formadas 29 enfermeiras de SMI em planeamento familiar e gestão de contraceptivos; foram formadas 27 enfermeiras em gestão de EPI; e foram preparados nove formadores. O pessoal da SMI também beneficiou de formação no trabalho na actualização da recolha de dados e de elaboração de relatórios. Os cursos, que utilizaram manuais do MISAU e tutores das estruturas governamentais, foram organizados e administrados pelo projecto para as enfermeiras de SMI indicadas pela DPS.

- Apoio à avaliação de nove maternidades pelo pessoal da DDS.
- Apoio à campanha de vacinação na cidade de Xai-Xai.
- Apoio a 325 (87 por cento do previsto) brigadas móveis distritais. Este apoio não foi apenas prestado na área logística e financeira. Também envolveu a colaboração activa do pessoal do Lissima em actividades introdutórias de IEC (palestras) e a sua participação directa na prestação de serviços de saúde, tais como a vacinação e a pesagem de crianças e mães. O pessoal do projecto Lissima também informa às comunidades sobre a chegada das brigadas móveis e motiva-as a participarem.
- Transporte ocasional de vacinas, contraceptivos, vitamina A e de outros medicamentos para as unidades sanitárias remotas de modo a evitar roturas de stocks.

Embora tenham sido organizados cursos de reciclagem para as enfermeiras, ainda não foram realizadas actividades de controlo de qualidade. Registou-se rotura dos stocks de contraceptivos e, em várias ocasiões, a cadeia de frio esteve avariada em algumas unidades sanitárias nos últimos seis meses. Nas unidades sanitárias visitadas, havia muito poucos materiais de IEC: apenas algumas tinham manuais de cuidados obstétricos essenciais e nenhuma tinha manuais de SR/PF.

A equipa de avaliação constatou questões particulares referentes às intervenções a nível institucional. A actualização no trabalho do pessoal em recolha de dados, análise básica e elaboração de relatórios está a produzir alguns efeitos—embora ainda não mensuráveis, pelo menos eram sentidos pelas autoridades provinciais de saúde e testemunhadas pela equipa de avaliação. Em todas as unidades sanitárias de referência visitadas, a enfermeira chefe de SMI estava informada sobre a utilização dos serviços e tinham sido elaborados muitos diagramas e gráficos.

Algumas unidades sanitárias revelam interesse em obter informação e feedback sobre os seus esforços de controlo do número de doentes. Tal deve-se provavelmente a uma abordagem mais consistente à monitoria dos serviços prestados. Não só foi efectuada a formação no trabalho, como também o pessoal teve oportunidade de apresentar os resultados do seu trabalho em reuniões mensais com as autoridades distritais de saúde. Para além disso, o pessoal do projecto Lissima tem um reforço, uma vez que visita os centros de referência pelo menos uma vez por mês e solicita alguns dados sobre a utilização dos serviços para os seus registos. Embora ainda exista um longo caminho a percorrer para que o sistema de monitoria seja adequado, os dados são fiáveis e as decisões são tomadas com base nos resultados. No geral, os sistemas de monitoria a nível provincial estão a melhorar e o Projecto Lissima está a contribuir para esta melhoria.

As actividades seleccionadas pelo Projecto Lissima ao nível comunitário incluíram as seguintes:

- identificação de 460 comunidades como alvos directos em seis distritos (51 por cento têm CLCs organizados);
- formação de um total de 577 agentes voluntários de saúde da comunidade: 214 voluntários em AIDI (39 por cento da meta de meio termo), 196 em SR (79 por cento da meta de meio termo) e 167 em vigilância epidemiológica e recolha e análise de dados (57 por cento da meta de meio termo);
- formação para 130 parteiras tradicionais em “sinais de perigo” maternos e infantis, formação de 30 praticantes de medicina tradicional e formação em AIDI para 77 agentes polivalentes elementares (21 por cento da meta).
- Distribuição de 200 bicicletas para os CLCs para permitir as visitas do ACS às famílias mais distantes.

Na maior parte das comunidades visitadas, a população cantou canções que versavam temas sobre a saúde que tinham sido ensinadas pelos voluntários. A equipa de avaliação viu voluntários a prepararem e a distribuírem alimentos enriquecidos para os bebés, e as mães informaram à equipa que os seus bebés eram “rechonchudinhos e saudáveis”, graças aos conhecimentos que tinham adquirido recentemente sobre como cuidar da sua alimentação. Muitas mães tinham se deslocado às unidades sanitárias com os seus bebés e outras informaram à equipa que teriam feito o mesmo se a distância não fosse tão grande. A maior parte das mães tinha conhecimento do planeamento familiar e muitas usavam um método moderno. “Eu prefiro a injeção, mas agora estou a usar a pílula. Quando não tenho pílula, não há *nada* (relações sexuais)!”, afirmou uma mulher jovem com um bebé nos braços, tendo provocado a risada de todo o grupo de jovens mães.

A equipa assinalou questões particulares ao nível da comunidade. Por causa da demora registada no arranque do projecto, não dá para perceber muito o envolvimento dos CLCs na melhoria do estado de saúde das suas comunidades. As ligações com as unidades sanitárias ainda não são relevantes e a maior parte dos técnicos de saúde entrevistados não se apercebe de qualquer diferença nos conhecimentos sobre a saúde por parte das pessoas que se deslocam à unidade sanitária.

### **Programa e Gestão**

O pessoal de gestão do Projecto Lissima não possui experiência adequada, nomeadamente conhecimentos sobre a tomada de decisões com base em dados e não houve acções de formação internas específicas visando mitigar esta deficiência. Para além disso, o projecto está muito centralizado e o gestor do programa não tem oportunidade de tomar decisões ou iniciativas. A capacidade de gestão limitada do pessoal do Projecto Lissima tem efeitos negativos nos resultados mensuráveis do projecto, assim como no papel que este poderia desempenhar na melhoria das capacidades de gestão ao nível distrital. Um outro aspecto é que as duas organizações responsáveis pela implementação do projecto têm mecanismos de gestão diferentes, trazendo um peso adicional à sua gestão.

O Projecto Lissima é considerado pelas autoridades sanitárias locais como um bem valioso para a província que complementa os seus recursos. Tal como acontece com os outros três projectos, o Lissima prestou o apoio financeiro directo necessário para que o

sistema de saúde provincial pudesse realizar actividades de cobertura e formar técnicos de saúde, entre outras actividades. O Projecto Lissima também utilizou os seus próprios recursos humanos para aumentar o grau de conhecimentos e de consciencialização em relação às questões de saúde relevantes, satisfazendo uma necessidade para a qual o sistema provincial de saúde não tem capacidades. Em última instância, o esforço originou um aumento no grau de utilização dos serviços.

As metas e os resultados previstos relacionados com a melhoria da qualidade dos cuidados estão dependentes dos recursos humanos técnicos disponíveis ao nível provincial para realizar cursos de reciclagem e fazer a supervisão de formação. Em grande medida, a escassez de recursos humanos está fora do controlo do Projecto Lissima, pelo menos a curto prazo. Para além disso, vários directores distritais e directores provinciais foram substituídos desde a assinatura do acordo de cooperação. Os novos directores precisam de mais tempo para entenderem e apoiarem o Projecto Lissima.

Existe margem para melhorar as comunicações entre o projecto e a USAID no que diz respeito às relações entre as actividades do projecto e as das autoridades provinciais e distritais de saúde. A necessidade de uma planificação contínua e de aprovação de todas as actividades por parte destas autoridades de saúde acarreta um peso adicional ao fluxo de implementação essencialmente porque muitas reuniões são canceladas, as prioridades das autoridades provinciais de saúde mudam e os directores distritais e provinciais são substituídos.

A forte centralização do projecto, bem como a inexistência de competência técnica ao nível de gestão e a falta de apropriação contribuem imenso para a falta de coordenação e de controlo das actividades, resultando em níveis de desempenho e de execução do projecto mais baixos. Outras consequências destes factores são o não cumprimento dos objectivos do projecto e a dificuldade em responder aos problemas ou a novas situações em mudança.

## **PROJECTO COACH**

### **Aspectos Técnicos**

O Projecto COACH está a ser implementado pelo beneficiário Visão Mundial e pelos sub-beneficiários Johns Hopkins University Center for Communications Programs, Adventist Development and Relief Agency e Ajuda de Desenvolvimento de Povo para Povo.

Ao longo do seu primeiro ano, tratou-se do recrutamento da equipa do projecto; da planificação das actividades referentes ao primeiro ano; da conclusão do inquérito de base; da consolidação do sistema de monitoria e avaliação e de informação de retorno, bem como a introdução do projecto COACH aos níveis distrital e provincial; e da coordenação com as instituições distritais e provinciais. Foi prestada particular atenção à capacitação da Direcção Provincial de Saúde para que pudesse responder às epidemias da malária e da cólera. A Visão Mundial recebeu um valor adicional de \$25.000, disponibilizado pela USAID e destinado a apoiar a resposta da DDS ao surto de cólera na Cidade de Quelimane e no Distrito de Mocuba.

No geral, o projecto conseguiu obter resultados e está a acelerar o ritmo em direcção ao cumprimento dos objectivos e à realização das actividades planificadas. As actividades ao nível comunitário foram implementadas de forma consistente nas zonas alvo de 14

distritos, tendo sido obtidos resultados significativos. A integração dos quatro parceiros do projecto conduziu a sinergias nos esforços. A Visão Mundial trabalhou com oito dos 14 distritos alvo ao abrigo do Projecto Apoio e Prestação de Serviços de Saúde (Health Services Delivery and Support - HSDS), com financiamento da USAID, em actividades sanitárias baseadas nas comunidades e nas unidades sanitárias, assim como na melhoria da qualidade. O Projecto COACH foi desenvolvido com vista a consolidar as actividades nos distritos iniciais e a expandir as actividades para mais seis distritos alvo.

O Projecto COACH desenvolve um bom trabalho no apoio à satisfação das necessidades sanitárias ao nível provincial e distrital. Foi elaborado um plano operacional para o projecto com todos os parceiros, incluindo pessoal sénior da saúde aos níveis distrital e provincial. O plano é revisto trimestralmente em conjunto e são introduzidos os ajustamentos julgados necessários.

Embora a maior parte dos provedores de serviços de saúde entrevistados já se aperceba de algumas melhorias nos conhecimentos das comunidades, é necessário um esforço muito mais constante e consistente com vista a promover e a garantir a mudança de comportamento prevista na área da saúde. O projecto utilizou exaustivamente o teatro e a rádio para disseminar as mensagens de saúde e as comunidades desenvolveram este conteúdo para incentivar a mudança do comportamento dentro do seu próprio ambiente cultural e social. Ainda relacionado com as actividades de IEC, a comunicação interpessoal e o aconselhamento são matérias que foram introduzidas em todos os cursos destinados aos profissionais da saúde e voluntários—uma iniciativa positiva e de louvar.

O maior número de transferências adequadas às unidades sanitárias e de acampamentos de brigadas móveis que prestam cuidados nas zonas mais remotas indica o potencial impacto do projecto na melhoria da SMI. O Projecto COACH promove cuidados pré-natais e pós-natais para as mulheres grávidas e, em especial, o envolvimento dos homens. Cerca de 50 por cento das mulheres grávidas que recorreram aos cuidados pré-natais fizeram-no na companhia dos seus parceiros.

Apesar dos progressos registados, a monitoria e a análise dos dados ao nível distrital devem ser melhoradas e constatou-se que a transformação dos dados em informação continua insuficiente.

As realizações seleccionadas do Projecto COACH ao nível institucional incluem as seguintes:

- criação e consolidação de uma estrutura de gestão integrada em 14 distritos e unidades sanitárias periféricas;
- assinatura de um memorando de entendimento com a DPS sobre a planificação e a implementação das actividades;
- realização de reuniões mensais nas unidades sanitárias e a nível distrital com vista a analisar os dados e a planificar as actividades;
- realização de reuniões trimestrais provinciais e distritais de monitoria, avaliação e planificação;
- realização de cursos, em coordenação com a DPS, para 1.284 formandos da área da saúde visando melhorar a qualidade e a cobertura nas unidades sanitárias;
- apoio às actividades de cobertura da DDS sob a orientação das autoridades

provinciais e distritais de saúde e planificação conjunta com estas autoridades para a colocação de 4.475 brigadas/acampamentos móveis em zonas remotas, campanhas de vacinação e trabalho relacionado com a prevenção do surto de cólera;

- aquisição de 14 viaturas e de 30 motorizadas distribuídas pelos 14 distritos.

Para além das actividades acima mencionadas, 126 unidades sanitárias estão a implementar a estratégia da AIDI, 63 unidades sanitárias estão a implementar a metodologia de Garantia da Qualidade e 12 quadros distritais (oito representantes por distrito) participam em visitas de intercâmbio.

As questões a seguir apresentadas afectam as intervenções a nível institucional: a vastidão da província da Zambézia; as distâncias entre as comunidades, os centros de saúde e as sedes distritais; o mau estado das estradas e a população muito dispersa, facto que dificulta o acesso às unidades sanitárias e impede a realização de um maior número de visitas das brigadas móveis às comunidades. Para além disso, o mau estado de muitos centros de saúde, a fraca motivação de alguns profissionais da saúde, bem como a falta de transportes e de comunicações entre as unidades sanitárias a diferentes níveis também limitaram a obtenção dos resultados de meio termo previstos para o projecto, em particular os relacionados com uma melhor ligação entre as comunidades, as unidades sanitárias e os profissionais da saúde.

As actividades seleccionadas realizadas pelo Projecto COACH ao nível comunitário incluem as seguintes:

- Criação de 217 novos conselhos comunitários de saúde (CCSs) (98 por cento da meta total do projecto); um total de 467 CCSs estão agora organizados. Destes, 365 (78 por cento) prepararam planos de acção anuais com base nas suas soluções prioritárias para os problemas de saúde e 340 (73 por cento) possuem planos de prontidão e prevenção de situações de emergência. Durante o seu primeiro ano, cada CCS recebeu uma visita de supervisão de 40 em 40 dias. Estão posteriormente previstas visitas trimestrais para a prestação de apoio à planificação das suas aldeias, para a discussão dos planos de saúde e para motivar os centros a serem activos na prevenção de doenças, na promoção da saúde e na implementação de boas práticas sanitárias. Para além da realização das actividades directas da saúde, todos os CCSs visitados pela equipa de avaliação estão a construir latrinas, “casas de banho”, covas para enterrar o lixo e estes esforços são encorajados e facilitados pelo Projecto COACH.
- Formação de 5.454 voluntários da saúde da comunidade, assim como a constituição de 190 grupos de mães e sua formação na identificação e satisfação das necessidades prioritárias da área da saúde nas suas comunidades. Os grupos de mães trabalharam com 5.852 famílias na realimentação de crianças com problemas de crescimento e em risco, no planeamento familiar e em outras questões ligadas à SR. Os agentes comunitários de saúde realizaram várias sessões de educação sanitária.
- Formação de actores de teatro e de locutores da rádio visando a disseminação de mensagens educativas; foram realizadas 2.164 peças de teatro e difundidos 267 programas de rádio.
- Formação de praticantes de medicina tradicional e de outros voluntários. As parteiras tradicionais estão a encaminhar as mulheres grávidas para os partos institucionais.
- Distribuição de 200 bicicletas ambulâncias aos CSCs (91 por cento da meta total do

projecto), que transportaram 6.197 mulheres grávidas e 7.271 crianças menores de 5 anos. Cerca de 76 por cento dos CSCs possuem agora planos funcionais de recuperação de custos para as suas bicicletas ambulâncias.

- Venda de 1.287 redes mosquiteiras (ITNs) num projecto piloto nos distritos de Pebane e do Chinde. Para além disso, as comunidades adquiriram 13.713 garrafas de Certeza.
- Contratação de 70 tutores (cinco por cada distrito) para ensinarem a ler e a escrever. As 756 mulheres que beneficiaram de aulas de alfabetização já sabem ler e escrever; melhoria da sua qualidade de vida educando-as em relação a boas práticas sanitárias e nutricionais, planeamento familiar e HIV/SIDA/ITS; e participação total nos processos de desenvolvimento local.

A seguir são apresentadas questões particulares relacionadas com as intervenções a nível das comunidades:

Foi implementado um sistema de informação da saúde da comunidade com formulários simples em que se utilizam desenhos em vez de palavras. Todos os meses, um representante do CSC desloca-se à sua unidade sanitária para entregar as folhas de dados e discutir problemas e soluções com os profissionais da saúde e com o pessoal do projecto ao nível do distrito. Para além das actividades relacionadas com a saúde, o Projecto COACH apoia a educação das mulheres.

Os membros das comunidades entrevistados indicaram que o número de crianças malnutridas tinha baixado e que as mulheres iam com maior frequência às unidades sanitárias para receberem cuidados pré-natais e para o parto, na companhia dos seus parceiros. Para além disso, muitos hábitos pessoais mudaram, tais como lavar as mãos e ferver a água. Os membros da comunidade também falavam mais abertamente sobre a sexualidade e a saúde reprodutiva e sentiam que eram bem recebidas pelos técnicos de saúde nas unidades sanitárias. “Agora está tudo melhor”, disse uma mulher. Um dos resultados prováveis das muitas iniciativas dos CSCs é que o distrito de Mocuba não foi afectado por nenhum surto de cólera em 2006.

O maior número de transferências adequadas às unidades sanitárias e de acampamentos de brigadas móveis que prestam cuidados nas zonas mais remotas indica o potencial impacto do projecto na melhoria da SMI.

Apesar dos esforços do Projecto COACH no sentido de encorajar a participação das mulheres na formação, os homens continuam a ser a maioria dos que frequentam os cursos. O projecto continuará os seus esforços com vista a atribuir poder às mulheres de modo a que elas assumam responsabilidades e tomem decisões relativas aos problemas de saúde existentes nas suas comunidades.

### **Programa e Gestão**

O Projecto COACH tem uma direcção e gestão adequadas. As quatro diferentes organizações trabalham juntas de uma forma coesa e as relações nas áreas técnica, administrativa e financeira são excelentes. O grande número de quadros de gestão do projecto ao nível do campo, bem como a sua estrutura descentralizada e horizontal, permitem a implementação adequada das actividades no terreno e a interacção com os funcionários da saúde a nível provincial e distrital.

A Visão Mundial mantém os seus custos a níveis adequados. A ONG gastou 48 por cento do orçamento total do projecto atribuído pela USAID e atingiu mais do que o previsto para o período em várias áreas. As despesas são cuidadosamente estimadas e alguns custos são analisados.

De acordo com a DPS da Zambézia, “o impacto do projecto COACH é muito positivo; o mais importante é a atribuição de poder às comunidades para lidarem com os seus próprios problemas de saúde. O CCS é o elo de ligação com o sistema de saúde e é a voz das populações.”

O Projecto COACH trabalha em estreita ligação com a PSI na venda e distribuição de redes mosquiteiras (ITNs) e de Certeza, cuja procura é maior que a oferta.

## **PROJECTO MANHIÇA, PATHFINDERS**

### **Aspectos Técnicos**

O Projecto Manhiça está a ser implementado pela Pathfinder International. Ao contrário dos outros três projectos, a proposta inicial do projecto Manhiça centrava-se mais na melhoria da qualidade dos cuidados de saúde ao nível institucional mais do que em intervenções directas nas comunidades. Contudo, o plano de trabalho foi revisto—por acordo mútuo das autoridades locais e da USAID—de modo a que houvesse um maior enfoque ao nível das comunidades.

Os objectivos principais do projecto são: 1) ligar as comunidades aos serviços de saúde no distrito da Manhiça, província de Maputo; 2) facilitar as intervenções de SMI/SR de qualidade dentro das comunidades do distrito; 3) promover e apoiar comportamentos e práticas chave na área da saúde a nível das comunidades e dos agregados familiares; 4) melhorar a qualidade da prestação de serviços prioritários de SMI/SR dentro dos centros e dos postos de saúde no distrito; 5) melhorar a gestão geral da prestação de serviços do sector público ao nível das unidades sanitárias, dos distritos e da província.

No geral, o projecto conseguiu realizar a maior parte dos objectivos previstos e está a acelerar o ritmo de implementação. As actividades a nível das comunidades foram implementadas de forma consistente numa das três zonas geográficas alvo do distrito da Manhiça. É possível prever que as intervenções nas outras áreas serão mais rápidas devido à experiência adquirida.

O Projecto Manhiça desenvolve um bom trabalho no apoio à satisfação das necessidades sanitárias a nível provincial, e este facto contribui para a realização dos seus objectivos e metas. O plano operacional do projecto foi elaborado com quadros séniores da saúde aos níveis distrital e provincial; o plano é revisto trimestralmente e são introduzidos os ajustamentos necessários. O projecto complementa os recursos do sistema formal da saúde relativamente à melhoria das condições das unidades sanitárias, à formação e supervisão do pessoal da saúde e— mais importante— às actividades e a participação a nível das comunidades.

As actividades seleccionadas realizadas pelo Projecto Manhiça a nível institucional incluíram as seguintes:

- realização, análise e publicação do estudo KAP (conhecimentos, atitudes e práticas) sobre a SMI e o planeamento familiar, em parceria com o Centro de Investigação em Saúde da Manhica;
- realização de uma avaliação de todas as unidades sanitárias do distrito da Manhica;
- colaboração no desenho da planificação das comunidades com a DDS e outras autoridades do governo;
- definição de normas de qualidade dos serviços de saúde e elaboração de um guia de supervisão, que está em uso;
- reabilitação de dois centros de saúde e de uma casa de gestante;
- reactivação de duas salas da juventude;
- instalação de seis sistemas alimentados por energia solar para o fornecimento de energia às unidades sanitárias e para a cadeia de frio das vacinas;
- instalação de cantos de reidratação oral;
- estabelecimento de uma boa ligação entre as unidades sanitárias e as comunidades;
- apoio financeiro e logístico à formação de 224 técnicos de saúde em AIDI, cuidados obstétricos de emergência, Prevenção da Transmissão Vertical, TCP, Aconselhamento e Testagem Voluntária, Tratamento Intermitente Preventivo, supervisão integrada da formação, normas da Saúde Materno-infantil, bio-segurança, logística do planeamento familiar, ciclo de garantia da qualidade e envolvimento e monitoria das comunidades;
- alargamento da formação dos técnicos de saúde para a província (108 participantes do distrito da Manhica e 116 provenientes de outros distritos do Maputo)
- em conjunto com o MISAU, participação em 30 visitas de supervisão do pessoal do projecto e da DDS aos centros de saúde;
- apoio a 129 brigadas móveis;
- elaboração conjunta de um plano de formação de dois anos com a DPS e a DDS;
- revisão e introdução de um plano de monitoria e avaliação do desempenho;
- apoio às seguintes actividades:
  - vacinação contra o sarampo para crianças dos 9 meses aos 14 anos (42 por cento da população do distrito)
  - vacinação contra a pólio aos bebés dos 0 aos 59 meses (17 por cento da população do distrito)
  - distribuição da vitamina A aos bebés dos 6 aos 9 meses (15 por cento da população do distrito)
  - campanhas nacionais de vacinação contra o sarampo e a pólio, incluindo a distribuição da vitamina A

As actividades seleccionadas realizadas pelo Projecto Manhiça a nível das comunidades incluíram as seguintes:

- Formulação de diferentes estratégias para a constituição dos CLCs para as zonas rurais (líderes tradicionais) e para as zonas urbanas (estrutura social do governo).
- Desenvolvimento e implementação de um sistema de informação da saúde da comunidade, incluindo formulários de encaminhamento/transferência.
- Criação de 32 conselhos dos líderes comunitários para a saúde (CLCSs)—100 por cento da meta —todos com ACSs. Destes, 65 por cento estão a analisar o Sistema de Informação da Saúde da comunidade para encontrarem soluções aos problemas de saúde e 35 por cento (11) dos CLCSs estão a elaborar planos com base nas soluções prioritárias aos problemas de saúde sentidos nas suas respectivas comunidades.
- Formação de 409 ACSs (84 por cento da meta), em AIDI comunitária e SR baseada na comunidade. Os ACSs realizaram 3.462 visitas domiciliárias e são sistematicamente supervisionados por 59 SUFORS (supervisores/formadores), os quais beneficiaram de um curso de formação, que teve a duração de quatro semanas.
- Aquisição e doação de 36 vacas e 45 cabritos para cinco CLCSs em representação de 20 comunidades. Esta é uma actividade ímpar que ajudará as comunidades na plantação das suas culturas, no transporte de doentes para os centros de saúde e, talvez no arranque de pequenos negócios que sirvam para gerar fundos para as actividades de saúde e económicas das comunidades.
- Apoio à difusão de mensagens e entrevistas sobre a saúde em 77 programas da rádio comunitária (66 por cento da meta), e realização, com sucesso, de “debates sobre a saúde”, inicialmente para audiências específicas (de acordo com o sexo, a idade e a actividade) que agora envolvem audiências mistas.

Alguns dos resultados são 261 crianças menores de 5 anos transferidas pelas CLCSs e pelos ACSs para tratamento nos centros de saúde (74,5 por cento da meta de meio termo); transferências pelas parteiras tradicionais de 60 mulheres grávidas para o parto no centro de saúde (45,8 por cento da meta de meio termo) e 3.462 visitas domiciliárias registadas pelos ACSs, os quais procederam à recolha de dados reportados nos formulários do sistema de informação de saúde da comunidade.

As actividades realizadas e os resultados obtidos encontram-se devidamente documentados e os resultados reportados são consistentes. Para além disso, a informação sobre o progresso, a monitoria, a análise e a interpretação dos dados é partilhada, discutida e analisada com o pessoal ao nível distrital e provincial.

Os aspectos a seguir apresentados estão relacionados com as intervenções ao nível comunitário. Uma vez que o projecto inclui comunidades peri-urbanas e rurais, foram traçadas estratégias de mobilização e organização diferentes. Na mesma linha de pensamento, foram formuladas estratégias específicas para a realização de debates com grupos específicos—por sexo, idade, actividade—mas, presentemente, o projecto pode reunir estes diferentes grupos para participarem activamente nos debates.

As comunidades visitadas estavam profundamente envolvidas nas questões ligadas à saúde. Elas informaram que muitos dos seus hábitos pessoais mudaram, por exemplo

lavar as mãos e ferver a água. Os residentes das comunidades também falavam mais abertamente sobre a sexualidade e a saúde reprodutiva e as mulheres deslocam-se cada vez mais às unidades sanitárias para os cuidados pré-natais e o parto.

Numa fase inicial, os residentes das comunidades tinham dificuldade em entender a justificação das actividades do projecto. Actualmente, os CLCSs entendem o seu papel, falam com as pessoas sobre a saúde e a prevenção, reúnem-se com os ACSs e apoiam o seu trabalho. O CLCS da Palmeira (numa zona urbana) definiu calendários para que alguém esteja no centro de saúde todos os dias como forma de garantir que os membros da comunidade sejam bem tratados pelos técnicos de saúde.

### **Programa e Gestão**

O Projecto Manhiça tem uma boa direcção e habilidades de gestão adequadas. A sua estrutura é apropriada para a implementação do projecto e para o seu envolvimento com o MISAU, visando melhorar a qualidade dos cuidados. Com efeito, o projecto não só tem uma proporção muito mais elevada de pessoal de gestão para a população alvo do que os outros projectos avaliados, como também o seu pessoal é altamente qualificado e experiente em matéria dos processos e procedimentos do MISAU.

O Projecto Manhiça obteve os seus resultados previstos com uma abordagem criativa e inovadora, e estes devem ser considerados como modelo para o desenvolvimento comunitário sustentável e integração do sistema de saúde. A metodologia foi elaborada com cuidado e meticulosamente, as actividades foram realizadas e os resultados foram obtidos; e a informação sobre o progresso foi devidamente documentada e partilhada, discutida e analisada de forma rotineira com o pessoal ao nível distrital e provincial.

## **III. CONCLUSÕES**

### **LIÇÕES APRENDIDAS**

Podem ser tiradas as seguintes lições das constatações da avaliação de meio termo:

#### **Desenho e Abordagem do Projecto**

A presente abordagem da implementação do projecto inclui práticas promissoras, e que ao mesmo tempo constituem um desafio:

- Trabalhar dentro das estruturas oficiais formais da saúde aos níveis distrital e provincial e com elas é uma abordagem louvável e adequada que:
  - promove e facilita o desenvolvimento sustentável tanto das instituições como das comunidades
  - contribui para os esforços do governo no sentido de melhorar e de fortalecer as estruturas, os processos e os procedimentos oficiais
  - permite um complemento adequado dos recursos e infra-estruturas locais do governo, particularmente em termos de intervenções das comunidades
  - aumenta o reconhecimento, por parte do governo, do valor das OVPs na implementação de projectos desta natureza

- Contrariamente, a abordagem
  - implica recursos humanos, financeiros e tempo adicionais que, eventualmente, reduzem o custo-eficácia
  - Resultou em atrasos no arranque das actividades do projecto e a não realização de algumas metas relacionadas com a mudança do comportamento
  - Torna difícil que os projectos cumpram os prazos e as obrigações de elaboração dos relatórios.

É necessário definir um mecanismo diferente de implementação do projecto que trate desta dualidade.

### **Monitoria e Avaliação do Projecto**

Os projectos de curta duração com enfoque no desenvolvimento das comunidades em zonas geográficas limitadas são inadequados para a realização de metas baseadas na população— tais como a maior utilização de serviços de SI e SR—que são medidas para todo o distrito.

### **Intervenções a nível Nacional**

A abordagem e as intervenções desenhadas e implementadas com vista a melhorar a prestação de serviços de saúde devem ser coordenadas e interligadas de uma maneira sólida e devem seguir uma abordagem consistente e abrangente em relação à qualidade dos cuidados. As intervenções inconsistentes e limitadas terão efeitos de curta duração.

### **Intervenções a nível Comunitário**

- As discussões mensais que incluem a comunidade, a unidade sanitária e a direcção distrital sublinham a importância da análise do sistema de informação da saúde da comunidade e resultam em acções tendentes a melhorar o estado de saúde das comunidades.
- Os voluntários das comunidades têm dificuldades em preencher correctamente os formulários de transferência e de actividades.
- O envolvimento de indivíduos do sexo masculino facilita a remoção de barreiras que se colocam ao planeamento familiar e aos cuidados pré-natais.
- Devem ser melhoradas as ligações entre a população e o sistema de saúde formal através de acções simultâneas aos dois níveis.
- A atribuição de poder às comunidades para que encontrem soluções aos seus problemas de saúde exige uma série de processos e etapas de mudança de comportamento que são sequenciais. Deve ser dado tempo para que as mudanças pretendidas sejam interiorizadas.

### **Liderança, Gestão, Estrutura e Cultura da Organização**

Os resultados do Projecto dependem

- do nível de liderança, da experiência adequada e da competência técnica de gestão a todos os níveis
- da adequação da estrutura organizacional do projecto, em particular da

disponibilidade de recursos humanos adequados nos diferentes distritos alvo

- do período de tempo durante o qual a ONG tem estado a trabalhar nas comunidades, distritos e província e da qualidade das relações pessoais nestes diferentes níveis
- da adequação das habilidades de comunicação interpessoal.

## **RECOMENDAÇÕES**

A seguir são apresentadas as recomendações gerais:

Criar mecanismos de implementação alternativos e definir abordagens para a realização dos resultados aprovados do SO8 durante o resto da vida do projecto.

Não deve haver mudanças drásticas nos mecanismos de implementação e na abordagem do projecto, nem quaisquer alterações que afectem, de forma negativa, o actual progresso dos projectos. Contudo, as mudanças no enfoque das actividades seleccionadas e das prioridades—incluindo um maior enfoque na prestação de serviços de saúde para as populações das zonas remotas —são adequadas para todos os projectos se contribuírem significativamente para a realização do SO8 da USAID/Moçambique. Como forma de melhorar a utilização dos recursos do projecto e o seu custo-eficácia, terão que ser equacionadas algumas alterações ao formato de monitoria dos projectos e da sua avaliação final.

### Monitoria e Avaliação do Projecto

Para a gestão do projecto, o acordo de cooperação (AC) deve voltar a centrar-se no sistema de monitoria e avaliação da recolha e da utilização dos dados ao nível das actividades do projecto, ao invés dos dados sobre a população. Estes dados não são apropriados para monitorar a actividade do AC porque as alterações a estes dados requerem uma implementação prolongada, assim como uma série de intervenções (apenas algumas delas estão a ser implementadas pelos ACs).

### Intervenções a nível Nacional

- Para desenhar e implementar intervenções coordenadas, abrangentes e consistentes com o objectivo de assegurar a qualidade dos cuidados,
  - Adaptar ou criar mecanismos e ferramentas com os funcionários do MISAU visando a avaliação e a supervisão de formação das unidades sanitárias, incluindo normas sobre a qualidade dos cuidados e o método de garantia dessa qualidade através do Projecto Forte Saúde e em conjunto com outros projectos e ONGs que trabalham nas mesmas áreas técnicas;
  - Prestar apoio técnico, financeiro e logístico aos esforços tendentes a revitalizar as equipas de supervisão provincial e as posteriores actividades de supervisão;
  - Prestar apoio logístico e de procedimentos para a manutenção dos edifícios e do equipamento e envidar esforços no sentido de disponibilizar stocks adequados de medicamentos essenciais, vacinas, contraceptivos e consumíveis;
  - Prestar apoio logístico e de procedimentos com vista a disponibilizar materiais de IEC, manuais técnicos e protocolos nas unidades sanitárias.

- Para desenhar e implementar actividades coordenadas com vista ao aumento rápido e significativo da utilização dos serviços de SI e de SR,
  - aumentar o apoio logístico e financeiro às brigadas móveis que cobrem as comunidades remotas;
  - apoiar a planificação das actividades de cobertura de modo a que as comunidades sejam visitadas por brigadas móveis pelo menos uma vez por mês;
  - garantir que as comunidades e os CLCs estejam informados sobre a chegada das brigadas móveis e que utilizem os serviços de maneira adequada;
  - aumentar os níveis de distribuição baseados nas comunidades e de encaminhamento às unidades sanitárias, criando ligações entre os agentes de saúde da comunidade e os CLCs e o pessoal das brigadas móveis;
  - promover activamente a utilização das casas da gestante (casas localizadas nos hospitais em que as mulheres aguardam o parto).
- Para desenhar em conjunto e implementar as actividades destinadas ao fortalecimento das capacidades institucionais das direcções distritais em matéria de planificação estratégica e de recolha e tratamento de dados,
  - garantir que o projecto tenha pessoal qualificado e com competência técnica adequada ao nível distrital para garantir a transferência de habilidades em todos os contactos,
  - avaliar as necessidades e as preferências e oferecer cursos de formação no trabalho ou cursos formais de curta duração relacionados com a gestão que vão de encontro a estas necessidades e preferências.

### Intervenções a Nível Comunitário

Todos os projectos devem:

- Dar continuidade ao desenho e implementação das actividades que sejam conducentes à aquisição de poder pelas comunidades e ao envolvimento destas no desenvolvimento da qualidade dos cuidados definida pelos parceiros.
- Envidar mais esforços visando promover a realização de debates mensais entre representantes da comunidade, a unidade sanitária mais próxima e a direcção distrital com o objectivo de analisar os resultados do Sistema de Informação da Saúde da Comunidade, promover as ligações necessárias e desenhar as etapas seguintes. Na medida do possível, homens e mulheres devem estar representados nestes diferentes grupos.
- Encorajar, promover e facilitar o desenvolvimento de actividades sinérgicas integradas e multisectoriais baseadas na comunidade, em particular actividades que sejam agrícolas, empreendedoras ou educativas.

- Dada a importância do acesso à água limpa e potável, promover e apoiar os CLCs na realização de actividades ligadas à água e saneamento.
- Elevar o nível de incentivos não financeiros com o intuito de motivar os voluntários.

### Liderança, Gestão, Estrutura e Cultura da Organização

- Avaliar as necessidades em termos de informação e ajustar os sistemas de informação de forma a melhor recolher, gerir e utilizar os dados relevantes em apoio ao processo de tomada de decisões a todos os níveis.
- Avaliar as necessidades de formação a todos os níveis e providenciar acções de formação interna adequadas visando melhorar a recolha, a gestão e a utilização dos dados relevantes ao processo de tomada de decisões.
- Elaborar e implementar ferramentas amigas do utilizador que avaliem adequadamente os custos das actividades, uma vez que é demasiado tarde para implementar um sistema específico de cálculo de custos com base nas actividades.

### **Projecto OKUMI**

Para implementar as recomendações acima indicadas, realizar a maior parte dos resultados previstos e contribuir efectivamente para a realização do SO da USAID, a OKUMI deve reestruturar e aumentar substancialmente a sua presença nos distritos. Devido aos constrangimentos de orçamento, tal irá exigir a melhoria das capacidades de gestão dos quadros actuais. Actualmente, as habilidades de gestão são mais necessárias do que as habilidades técnicas. O controlo deverá ser rigoroso e a coordenação das actividades intensa. Provavelmente, os coordenadores não serão experientes, uma vez que a província de Nampula carece de recursos humanos com experiência. Deste modo, serão facultadas acções de formação interna em gestão e supervisão contínua.

### **Projecto LISSIMA**

Para que o Projecto Lissima possa implementar as recomendações anteriormente mencionadas, para que realize a maior parte dos resultados previstos e para que contribua efectivamente para a realização do SO da USAID, o projecto deve agir rapidamente com vista a satisfazer as seguintes condições *sine qua non*:

- melhoria da gestão
- definição e entendimento claros das relações pretendidas entre o Projecto Lissima e as autoridades sanitárias locais
- formação de quadros na área de gestão dos dados e sua utilização no processo de tomada de decisões

Para além disso, o Projecto Lissima deve:

- investigar o grau de mudanças demográficas em Gaza que poderão afectar os indicadores do projecto;
- proceder à revisão das metas do projecto em termos da situação actual ao nível comunitário e das mudanças demográficas constatadas.

## **Projecto COACH**

- Alargar as actuais experiências das actividades integradas, multisectoriais e baseadas na comunidade, incluindo as actividades de geração de rendimentos.
- Documentar as lições tiradas de modo a permitir que os outros projectos possam reproduzir as abordagens e os mecanismos de implementação apropriados.

## **Projecto Manhiça**

Alargar o projecto para outras áreas dentro do distrito da Manhiça e, numa fase posterior, para os outros distritos da província de Maputo.

## **IV. RECOMENDAÇÕES PARA O FUTURO**

Embora a USAID não contribua para o fundo comum da SWAp, a sua actual colaboração com o Governo de Moçambique e com os outros doadores é considerada relevante, bem vinda e “sensível à SWAp.” Através da planificação conjunta, a USAID e o Governo de Moçambique devem lutar por alinhar as futuras actividades dos projectos com os planos estratégicos do governo de modo a melhor sincronizarem a afectação dos recursos humanos e financeiros disponíveis e os necessários. Após a sincronização das actividades planificadas, as ONGs devem implementar os seus projectos de acordo com as actividades provinciais, sem que perturbem os processos existentes.

As ONGs são vistas pelo Governo de Moçambique e pelos doadores como um bem valioso no actual contexto. As actividades das ONGs complementam os recursos do governo e as organizações têm um enfoque no desenvolvimento comunitário que, de outro modo, não existiria.

A planificação, no futuro, das actividades da USAID na área da saúde em Moçambique deve ter em conta os modelos apoiados por outros doadores que estão a ser aplicados para fazer face aos desafios da transição dos sistemas de saúde que são amplamente planificados e governados por pessoal técnico para os sistemas que envolvam uma participação pública mais ampla e prestação de contas na planificação, implementação e monitoria dos serviços de saúde. Tais modelos novos devem tomar em consideração factores que contribuam para a motivação para se mudar de abordagem em direcção a um maior grau de participação comunitária nos mecanismos de governação da prestação dos serviços de saúde.

A seguir são apresentadas questões específicas que devem ser tomadas em consideração no desenho ou redesenho das actividades de saúde da USAID em Moçambique:

- a procura, pelos consumidores, de serviços de melhor qualidade;
- formas de abordar a necessidade de garantir um maior impacto na utilização dos recursos;
- a mudança dos papéis sugeridos pelas reformas à política da saúde e em relação aos processos de descentralização;
- motivações no serviço de saúde visando alargar as estratégias de mobilização de recursos e, em particular, as contribuições da comunidade para a saúde;
- as percepções dos grupos cívicos, dos líderes eleitos e tradicionais e dos provedores de serviços de saúde e como a participação das comunidades deve ser reestruturada.

Estão a ser utilizadas várias metodologias promissoras com o objectivo de integrar o envolvimento institucional e comunitário na melhoria do acesso a serviços de saúde de qualidade e na maximização dos recursos e dos bens das comunidades. Isto inclui o desenvolvimento baseado nos bens; serviços orientados para o cliente e eficientes por parte do provedor (COPE); e aprendizagem e acção participativa (PLA).

- Desenvolvimento baseado nos bens: Este método depende da identificação dos bens comunitários, ao invés das deficiências e aprofundamento destes bens. A justificação subjacente é que (1) o desenvolvimento comunitário significativo só acontece quando a população local está empenhada em investir a si próprio e aos seus recursos no esforço; e (2) é mais provável que o desenvolvimento comunitário seja sustentável quando se desenvolve à volta dos bens comunitários, em vez de contributos externos. Cada comunidade possui um conjunto singular de bens com base nos quais se pode conseguir o seu desenvolvimento e o desenvolvimento baseado nos bens começa a ter a construção de um novo “mapa” desses bens. Logo que este guia das capacidades das comunidades tenha substituído o antigo “mapa” das necessidades e de eficiência das comunidades, estas podem começar a reunir as suas forças em novas combinações, novas estruturas de oportunidades e novas possibilidades de desenvolvimento.
- COPE (serviços orientados para o cliente e eficientes por parte do provedor): O COPE foi inicialmente desenvolvido para as clínicas de planeamento familiar no Quénia e na Nigéria em 1988 e, desde essa altura, já foi introduzido em 50 países em todo o mundo com sucesso comprovado. O COPE é um processo relativamente simples de melhoria da qualidade dos serviços de saúde. Este processo encoraja e permite aos provedores de serviços e aos outros trabalhadores de uma unidade sanitária avaliarem os serviços que prestam em conjunto com os seus supervisores e clientes. Utilizando diversas ferramentas, eles identificam os problemas, encontram as causas e desenvolvem soluções eficazes. As ferramentas do COPE incluem uma série de guias de auto-avaliação, guias de entrevistas aos clientes, análise do fluxo de clientes e um plano de acção. Os guias de auto-avaliação e as entrevistas com os clientes ajudam os provedores de saúde a identificarem problemas relacionados com o processo de prestação de serviços e a elaborarem um plano de acção visando a melhoria da qualidade da prestação dos serviços de saúde.
- PLA (aprendizagem e acção participativa): O tema comum das abordagens PLA é a participação total das pessoas nos processos de aprendizagem sobre as suas necessidades e oportunidades, assim como em acções necessárias para responderem a

elas. As abordagens participativas oferecem uma abordagem criativa à investigação das questões que constituem preocupação para a sociedade civil e uma abordagem criativa à planificação, implementação e avaliação das actividades de desenvolvimento. Estas abordagens representam um desafio às distorções e preconceitos existentes sobre os conhecimentos locais. Os métodos utilizados variam da visualização até à realização de entrevistas e trabalho de grupo. O tema comum é a promoção da aprendizagem interactiva, da partilha de conhecimentos e da análise flexível, mas estruturada. Estes métodos revelaram-se valiosos numa variedade de sectores e de situações. As abordagens participativas dão uma oportunidade para se mobilizarem as populações locais visando uma acção conjunta. Também podem reunir diferentes disciplinas —tais como a agricultura, a saúde e o desenvolvimento comunitário—de modo a permitir uma visão integrada do desenvolvimento e do bem-estar.

O contexto em que a USAID/Moçambique irá trabalhar nos próximos cinco anos está a mudar porque Moçambique está a entrar numa fase de descentralização efectiva. A partir de Janeiro de 2007, o distrito será a unidade de implementação primária, sendo os fundos de execução e de investimento atribuídos directamente e em montantes baseados no plano orçamental do distrito. Embora as estruturas governamentais verticais continuem a ser altamente relevantes, o distrito será a unidade de desenvolvimento.

Para fazer face a estas mudanças, fortalecer as instituições locais e facilitar o processo de descentralização, ao mesmo tempo que realiza os resultados aprovados do SO8 no período restante até 30 de Setembro de 2010, a USAID deve, mais uma vez, adaptar as suas abordagens. Os projectos devem estar em sintonia com os objectivos e as necessidades estabelecidas da nova unidade orgânica de desenvolvimento de Moçambique—o distrito. Para além disso, e para melhorar os resultados e o custo-eficácia, na medida do possível, os projectos devem ser implementados com base numa abordagem transversal ou multisectorial. Como forma de promover o crescimento económico e as intervenções sustentáveis, deve ser considerada a possibilidade de criação de parcerias com o sector privado e de desenvolvimento com este sector. Certamente que as estratégias ligadas à saúde para todo o país e a avaliação das prioridades gerais da área da saúde continuarão da responsabilidade do MISAU, mesmo depois da descentralização. O desenho da implementação do projecto terá lugar ao nível distrital, facto que requer um enfoque no desenvolvimento do distrito como um todo e o envolvimento de diferentes sectores.

A USAID teve uma experiência positiva noutros países africanos como Madagáscar com as abordagens integradas multisectoriais ao desenvolvimento. Os recursos são partilhados e os projectos destinados a um desenvolvimento sustentável são mais eficazes e mais eficientes em termos de custos. Por outro lado, a integração exige uma abordagem diferente tanto por parte da USAID como das OVPs responsáveis pela implementação quando se trate do desenho, monitoria e avaliação dos projectos, em particular a selecção das actividades que garantem a sinergia, projectos transversais e a partilha de recursos.

A actual abordagem da USAID de trabalho com as estruturas do governo provincial e distrital e através delas é louvável, uma vez que facilita o desenvolvimento sustentável. Contudo, tal como se pode ver neste exercício de avaliação, consome recursos humanos adicionais. Para mitigar este efeito ao trabalhar com e através das novas estruturas organizacionais nos distritos e dentro dos diferentes sectores, as OVPs podem necessitar de uma entidade facilitadora e de uma interacção simultânea com o Departamento de

Planificação e Desenvolvimento Local de Moçambique e o Secretariado Distrital<sup>4</sup> e em uma ou mais OVPs que implementam projectos diferentes, sinérgicos e integrados. As discussões sobre os objectivos e as principais actividades do projecto devem ter lugar ao nível central, antes do desenho do projecto e da assinatura do AC. Contudo, na nova situação, o nível central é simultaneamente o Ministério da Saúde e as autoridades distritais de saúde.

O desenho de projectos no futuro deve permitir a criatividade dos parceiros de implementação e deve levar em conta as diferenças provinciais. A unidade sanitária pode tornar-se o núcleo das iniciativas comunitárias e do desenvolvimento das comunidades na área de cobertura da unidade sanitária. No futuro, o desenho deve aplicar os resultados dos estudos sobre o custo-eficácia aos modelos para a implementação das intervenções baseadas na comunidade. Por último, os projectos devem dar continuidade à harmonização das actividades multisectoriais que envolvam os doadores, o governo e outros parceiros.

---

<sup>4</sup> República de Moçambique, Estatuto Orgânico da Secretaria Distrital, Artigo 3.

## **ANEXO C: PESSOAS CONTACTADAS**

### **USAID**

#### **Front Office**

Jay Knott, Director da Missão

Kevin L. Armstrong, Director Adjunto

#### **Equipa SO8**

Dr. Abuchahama Saifodine, Chefe da Equipa SO8

Dr. Titus Angi, Especialista, HPN

Grace Garcia, Gestora de Actividade, HPN

Katrina Lee Van derVelde, Oficial de Saúde e População

Dimitri Peffer, Economista da Saúde /Especialista do Sector da Saúde

Gastão Mendes, Especialista em Desenvolvimento de Projectos

Nancy McCharen, Especialista Sénior em Desenvolvimento da Saúde para o HIV/SIDA

#### **Equipa SO6**

Bill Hagelman

#### **Outros Escritórios**

Alicia Dinerstein, Adjunta do Oficial de Programas

## **MINISTÉRIO DA SAÚDE**

### **Nível Central**

Dr. Martinho Dgedge, Director Adjunto de Recursos Humanos

Lilia Jamisse, Directora Adjunta da Saúde da Comunidade

Dra. Gertrudes Machatine, Directora Nacional, Departamento de Planificação e Cooperação

### **Nível Provincial**

Dr. Verónica Fátima de Deus, Directora Provincial de Saúde, Zambézia

Dr. Armindo Tonella, Médico Chefe, Zambézia

Dr. Abdul Mussa, Director Provincial de Saúde, Maputo

Dra. Ivette Dimande, Médica Chefe, Maputo

Dra. Nurbai, Directora Provincial de Saúde Interina, Gaza

Dra. Fátima Ibo, Directora Provincial de Saúde Interina, Nampula

Paulo Rapaz, Director do Departamento de Planificação e Coordenação de Nampula

### **Outros Departamentos do Governo**

João Pedro Sande, Secretário Permanente, Maganja da Costa, Zambézia

Bernardo João António, Administrador, Mocuba, Zambézia

Joaquim Fonseca, Chefe, Comité Regional para o Desenvolvimento Inter-Sectorial, Nampula

### **OMS**

Estela Lúcia Oliva Linares, Oficial, EPI

### **UNICEF**

Christiane Rudert, Oficial de Projectos, Nutrição e Saúde Infantil

### **BANCO MUNDIAL**

Dr. Humberto Cossa, Director da Saúde

Armindo Rios, Chefe de Equipa, Programa de Descentralização

### **UNIÃO EUROPEIA**

Eric Von Pistohlkors, Chefe da Equipa da Saúde

Douglas Hamilton, Economista da Saúde

### **COORDENAÇÃO DA SWAP NA COOPERAÇÃO SUÍÇA**

Gregorio Dhima, Director Residente Adjunto

Fátima Aly, Oficial de Programas da Saúde

### **SAVE THE CHILDREN, EUA**

Mark Fritzler, Director

Dra. Catarina Regina, Directora da Saúde

Dr. Cassamo, Coordenador Local do Projecto Lissima

Vanessa Brandis, Gestora do Projecto OKUMI

Lotta Arnesson, (Subcontratada – CARE), Coordenadora da Saúde do Projecto OKUMI

Dr. J. Daniel, Coordenador da Saúde, do Projecto OKUMI

Ilda Bila, Supervisora da AIDI do Projecto OKUMI

Richard Dixon, Director Regional, SFC

Steve, Projecto da Agricultura, Nacala Porto

### **PATHFINDER INTERNATIONAL**

Dr. Júlio Pacca, Representante

Luc Van der Veken, Director do Projecto SI/SR

Maria Teresa Vitorino, Assessora Técnica, SI/SR

Emanuel Bomba, Mobilização da Comunidade, Assessor Técnico SC/SR

Odete Fumo, Assessora da Saúde Infantil, SI/SR

## **POPULATION SERVICES INTERNATIONAL**

Brian Smith, Representante

Catherine Clarence, Directora do Departamento de SMI

## **PROJECTO HOPE**

Kevin Novotny, Director

Dr. Arsénio Xavier, Gestor do Projecto Lissima

Dr. Egas, Assessor Técnico, Projecto Lissima

## **FORTE SAÚDE**

Ellen Eiseman, Chefe do Projecto

Dr. Humberto Muquingue, Especialista em Monitoria e Avaliação

Dra. Verónica Reis, Directora Técnica

## **VISÃO MUNDIAL**

Dr. Omo Olupona, Director

Veronique Kollhoff, Oficial Sénior de Programas, Nutrição e Saúde, HIV/SIDA

Dr. Frederico Rocuts, Director da Saúde

Benjamin Z. Ngwenya, Director Provincial

João Ausse, Gestor do Projecto COACH

Amisse Roccuts, Projecto COACH, Coordenador Distrital de Mocuba

Jorge, Projecto COACH, Resp. Garantia da qualidade

Monteiro, Projecto COACH Coord. Redes Mosquiteiras e Certeza

## **HUMAN PEOPLE TO PEOPLE MOVEMENT**

Ofélia Matola, Coordenadora

Catarina, Responsável SR/Projecto COACH, Zambézia

## **ADVENTIST DEVELOPMENT & RELIEF AGENCY INTERNATIONAL**

Luiz Armazia, Coordenador

## **JOHNS HOPKINS BLOOMBERG SCHOOL OF PUBLIC HEALTH/CENTER FOR COMMUNICATIONS PROGRAM**

Rosa Valéria Said, Representante

Jonas Chalufu, Oficial de Programa

# ANEXO D

## DOCUMENTOS DOS PROJECTOS ANALISADOS

### DOCUMENTOS DOS PROJECTOS ANALISADOS

#### **Relatórios dos projectos e Documentos Relevantes**

##### Projecto Hope / Lissima

- Acordo de Cooperação
- Projecto Hope - Março–Setembro de 2005
- Projecto Hope - Relatório Anual SI/SR, Outubro de 2005, AC 656-00-05-00029-00
- Projecto Hope - Outubro–Dezembro de 2005
- Projecto Hope - Janeiro–Março de 2006
- Projecto Hope - Abril–Junho de 2006
- Plano de Trabalho do Projecto aprovado para 2006, incluindo Actividades Realizadas (concluídas com a equipa de avaliação)
- Formulário de Monitoria e Avaliação das OVPs até finais de Setembro
- Ficheiros e procedimentos contabilísticos internos
- KAP

##### **Projecto OKUMI/Save the Children**

- Acordo de Cooperação
- Projecto OKUMI, Relatório Trimestral, Abril–Junho de 2005
- Projecto OKUMI Relatório Trimestral, Julho–Setembro de 2005
- OKUMI, Relatório Anual, Abril–Setembro de 2005
- OKUMI, Outubro–Dezembro de 2005
- OKUMI, Janeiro–Março 2006
- OKUMI, Abril–Junho 2006
- OKUMI, Relatório Anual, 2005–Setembro de 2006
- Plano de Trabalho Aprovado do Projecto
- Plano de Trabalho para 2005–2008
- Plano de Trabalho para 2006
- Plano de Trabalho para 2006, incluindo Actividades Realizadas
- Formulário de Monitoria e Avaliação das OVPs
- Ficheiros e procedimentos contabilísticos internos
- KAP

##### **Maior Utilização dos Serviços de Sobrevivência da Criança e Saúde Reprodutiva no Distrito da Manhica – Província de Maputo/Pathfinder International**

- Acordo de Cooperação
- Pathfinder, Julho–Setembro de 2005

- Relatório Final do Ano Fiscal da USAID 2005, Manhica, Moçambique
- Pathfinder, Outubro–Dezembro de 2005
- Pathfinder, Janeiro–Março de 2006
- Pathfinder, Abril–Junho de 2006
- PMPPVO 3º trimestre 2º Ano Fiscal – Pathfinder
- PMPPVO 4º trimestre 2º Ano Fiscal – Pathfinder
- Plano de Trabalho Aprovado do Projecto
- Plano de Trabalho para 2006
- Formulário de Monitoria e Avaliação das OVPs
- Ficheiros e procedimentos contabilísticos internos

### **Projecto COACH /Visão Mundial**

- Acordo de Cooperação
- Projecto COACH, Relatório Trimestral, Abril–Junho de 2005
- Projecto COACH, Relatório Trimestral, Julho–Setembro de 2005
- Projecto COACH, Relatório Anual 2005
- Projecto COACH, Relatório Trimestral, Outubro–Dezembro de 2005
- Projecto COACH, Relatório Trimestral, Janeiro–Março de 2006
- Projecto COACH, Relatório Trimestral, Abril–Junho de 2006
- Projecto COACH, Relatório Trimestral, Julho–Setembro de 2006
- Projecto COACH Relatório Anual, Outubro de 05 a Setembro de 06
- Plano de Trabalho Aprovado do Projecto
- Plano de Trabalho para 2006
- Formulário de Monitoria e Avaliação das OVPs
- Ficheiros e procedimentos contabilísticos internos

### Documentos Relacionados da USAID

- APS 27 de Agosto de 2004

### Documentos Legais da República de Moçambique

- Boletim da República, Quarta-feira, 12 de Abril de 2006, I SÉRIE- Número 15 (Lei da Descentralização)
- Boletim da República, Segunda-feira, 19 de Maio de 2003, I SÉRIE- Número 20 Suplemento (Organização e Funcionamento dos Órgãos do Estado)

### Manuais, Relatórios e Documentos Relacionados do MISAU

- Estratégia de Envolvimento Comunitário, MISAU, Outubro 2004
- PARPA - Plano de Acção para a Redução da Pobreza Absoluta 2006–2009, República de Moçambique, Versão Final de 02 de Maio de 2006
- PESS - Plano Estratégico do Sector da Saúde para 2005–2010; versão Setembro de 2006
- Inquérito Demográfico e de Saúde de Moçambique, 2003; Instituto Nacional de Estatística de Moçambique, Ministério da Saúde de Moçambique com apoio técnico da Measure DHS+/ORC Macro, Agosto de 2004
- Quinta Avaliação Conjunta do Sector da Saúde, Moçambique, Relatório Final, 2005, MISAU e Parceiros de Cooperação, Abril 2006
- Atenção Integrada às Doenças da Infância, AIDI Simplificado - Guia Técnico, MISAU, Divisão de Saúde e Desenvolvimento Infantil da OMS, UNICEF, USAID, JSI & JHU/ Projecto HSDS, Maio de 2002

- Manual de Cuidados Obstétricos Essenciais, 2ª Edição, MISAU, NORAD, FNUAP, Columbia University, USAID/JSI, 2003
- Módulo de Cuidados Maternos para o Facilitador, MISAU/ DPS Maputo/ DDS anhiça/ Saúde da Comunidade, Pathfinder/ USAID. Novembro 2005
- Supervisão e Avaliação da Componente de Saúde Reprodutiva e do Recém-nascido - Guião para Supervisão das US periféricas, MISAU/ DPS Maputo/ DDS Manhica/ Saúde da Comunidade, Pathfinder/ USAID.
- Manual de Cuidados Essenciais ao Recém-nascido, MISAU - Secção de Saúde Infantil - com assessoria técnica de Advance África/ USAID, Agosto 2004
- Tratamento Intermitente Preventivo da Malária na Gravidez - TIP Malária - Instruções para Profissionais de Saúde; MISAU/DNS/DSC/SR/PNCM, Fevereiro de 2006

#### Relatórios do Banco Mundial

- Mozambique Health Country Status Report, Banco Mundial, 2004/2005

#### Outros Relatórios Relevantes

- Provincial Study to Evaluate the Approaches to Supporting Health Sector Development at Provincial Level, Final Report, Moçambique 2001–2005
- Análise da Vulnerabilidade Corrente em Três Províncias de Moçambique. Grupo de Análise de Vulnerabilidade, Secretariado Técnico de Segurança Alimentar, Fevereiro de 2005

